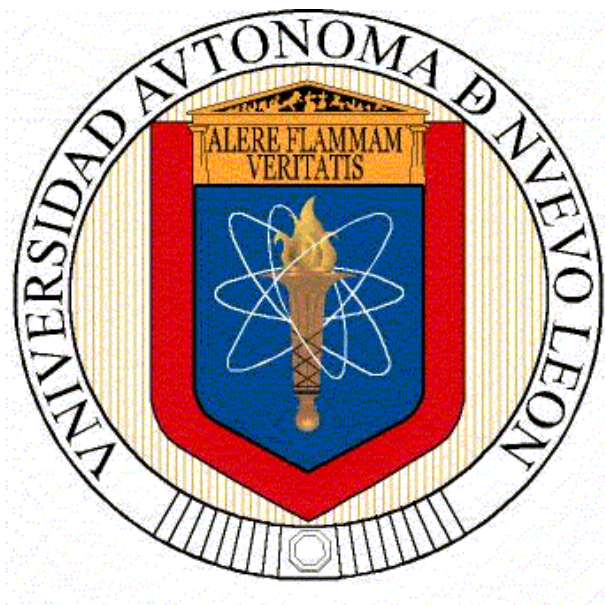


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN, AFRONTAMIENTO E IMPACTO
DE LA FIBROMIALGIA**

PRESENTA

ANA VICTORIA DE LEÓN GONZÁLEZ

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA
DE LA SALUD**

SEPTIEMBRE, 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO



TESIS
ANSIEDAD, DEPRESIÓN, AFRONTAMIENTO E
IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA

PRESENTA
ANA VICTORIA DE LEÓN GONZÁLEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA
EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

DIRECTOR DE TESIS
DRA. FUENSANTA LÓPEZ ROSALES

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MEXICO,

SEPTIEMBRE DE 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN
EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

LA PRESENTE TESIS TITULADA “ANSIEDAD, DEPRESIÓN, AFRONTAMIENTO E IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA” PRESENTADA POR ANA VICTORIA DE LEÓN GONZÁLEZ HA SIDO APROBADA POR EL COMITÉ DE TESIS.

Dra. Fuensanta López Rosales
Director de tesis

Dr. José Moral de la Rubia
Revisor de tesis 1

Dra. Teresa de Jesús Sánchez Jáuregui
Revisor de tesis 2

Monterrey, Nuevo León, México,

septiembre de 2019

DEDICATORIA

Dedicado a todas las valientes pacientes con fibromialgia que luchan día a día por hacer su diagnóstico visible, me hace feliz poder aportar mi granito de arena mediante la ciencia para ustedes.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, mi familia y amigos por ser siempre mi soporte, a la Dra. Fuensanta López y al Dr. José Luis Jasso por su apoyo incondicional para la realización de esta tesis, a la Dra. Pilar Martínez de la Universidad de Granada por ser mi tutora en la estancia de investigación, a los doctores José Moral y Teresa Sánchez por guiarme en todo momento con paciencia y sabiduría al ser mis revisores.

Así mismo agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la financiación de mi estancia de investigación y por el apoyo económico durante el posgrado, me enorgullece ser mexicana y siento el enorme compromiso de hacer crecer a mi país desde mi profesión y las aulas.

RESUMEN

La fibromialgia es un padecimiento difícil de diagnosticar ya que se acompaña de dolor crónico sin alguna causa médica identificable, por ende, vivir con una enfermedad poco comprendida e invisible afecta diversas facetas de la vida del paciente, entre ellas la psicológica. Para conocer más sobre estas afectaciones se utilizó un estudio exploratorio y transversal para identificar las estrategias utilizadas de afrontamiento al dolor crónico, los niveles de ansiedad y depresión, así como el impacto en la calidad de vida en las pacientes y buscar relación entre estas variables. La muestra fue por conveniencia, participaron 102 mujeres mayores de edad con fibromialgia avalada por un reumatólogo. Se utilizó el Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico revisado (CAD-R), el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y datos sociodemográficos. La aplicación de instrumentos fue electrónica y mediante la técnica bola de nieve. Se reportó que las mujeres con fibromialgia prefieren afrontar el dolor crónico mediante la autoafirmación y la distracción. Así mismo se reportan mayores niveles de depresión, ansiedad e impacto de la fibromialgia en pacientes nacionales que en estudios de otros países.

Palabras clave: fibromialgia, estilos de afrontamiento, depresión, ansiedad, impacto de la fibromialgia

ABSTRACT

Fibromyalgia is a difficult condition to diagnose because it is accompanied by chronic pain without any identifiable medical cause, therefore, living with an invisible disease affects various facets of the patient's life, including the psychological one. To know more about these affectations in Mexican patients, an exploratory and cross-sectional study was used to identify the strategies used to cope with the chronic pain, to know their levels of anxiety and depression, as well as the impact on the quality of life and to find a relationship between these variables. The sample was for convenience, participated 102 mexican adults with fibromyalgia diagnosed by a rheumatologist. The Chronic Pain Coping Questionnaire (CAD-R), the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and sociodemographic data were used. The application of instruments was virtual and using the snowball technique. It was reported that women with fibromyalgia un México prefer to cope with chronic pain through self-affirmation and distraction. Likewise, higher levels of depression, anxiety in the impact of fibromyalgia in national patients than in studies in other countries are reported.

Key words: fibromyalgia, coping styles, depression, anxiety, impact of fibromyalgia.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
CAPÍTULO I.....	11
INTRODUCCIÓN.....	11
Definición del Problema	12
Justificación de la Investigación	13
Objetivo General	15
Objetivos específicos:.....	15
Preguntas de investigación	15
Hipótesis según objetivos	16
Limitaciones y Delimitaciones	16
MARCO TEÓRICO.....	18
1.- Aproximación al dolor crónico desde la psicología de la salud	18
2.- Aspectos generales sobre la fibromialgia	22
Definición e Historia.....	22
Diagnóstico.....	24
Prevalencia e incidencia.....	25
Causas	27
Tratamiento	29
3.- Aspectos psicológicos sobre la fibromialgia.....	29
Ansiedad	29
Ansiedad y fibromialgia.....	31
Depresión	33
Depresión y Fibromialgia	35
El distrés en la fibromialgia.....	38
Afrontamiento	40
Afrontamiento y Fibromialgia	44
4.- El impacto de la fibromialgia como variable.....	47
CAPÍTULO III.....	51
MÉTODO.....	51
Participantes	51
Instrumentos de investigación.....	53
<i>Cuestionario de impacto de la Fibromialgia (FIQ)</i>	53

<i>Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)</i>	54
<i>Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD-R)</i>	56
<i>Ficha de datos sociodemográficos</i>	57
Procedimiento	57
Diseño utilizado	57
Recolección de Datos.....	57
Análisis de Datos.....	57
Aspectos éticos	57
CAPÍTULO IV	58
RESULTADOS	58
CAPÍTULO V	63
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS.....	80

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas

Tabla 1. Características del Trastorno de Ansiedad Generalizada y del Trastorno de Ansiedad debido a una enfermedad	30
Tabla 2. Características del Trastorno de Depresión Mayor y del Trastorno de Depresión debido a una enfermedad	34
Tabla 3. Pruebas de normalidad según Kolmogorov-Smirnov	58
Tabla 4. Estilos de afrontamiento más utilizados por las mujeres de la muestra	59
Tabla 5. Niveles de depresión, según categorías, reportados por la muestra	59
Tabla 6. Niveles de ansiedad, según categorías, reportados por la muestra	60
Tabla 7. Niveles del impacto de la fibromialgia, según categorías, reportados por la muestra	60
Tabla 8. Correlaciones bivariadas mediante el coeficiente Rho de Spearman entre estilos de afrontamiento, ansiedad y depresión	61

Tabla 9. Correlaciones bivariadas mediante el coeficiente Rho de Spearman entre estilos de afrontamiento e impacto de la fibromialgia	61
Tabla 10. Correlaciones bivariadas mediante el coeficiente Rho de Spearman entre niveles de ansiedad y depresión con el impacto de la fibromialgia	62

Figuras

Figura 1. Localización de los 18 puntos gatillo	23
Figura 2. Escolaridad de la muestra	51
Figura 3. Estado civil de la muestra	52
Figura 4. Con quién vive la muestra	52
Figura 5. Ocupación de la muestra	53

Anexos

Anexo 1. Cuestionario de impacto de la Fibromialgia (FIQ)	80
Anexo 2. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)	81
Anexo 3. Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD-R)	82

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad crónica que se caracteriza por dolor muscular generalizado y que se acompaña de diversos malestares adicionales. Esta afecta las diversas facetas del individuo: familiar, social, laboral, física y psicológica; por lo que el abordaje de esta es multidisciplinario y debe ofrecer al paciente soluciones integrales a su malestar (González González, del Teso Rubio, Waliño Paniagua, Criado-Alvarez, & Sánchez Holgado, 2015).

La fibromialgia regularmente se acompaña de fatiga, dolores de cabeza, trastornos del sueño y problemas del estado de ánimo; su prevalencia es del 2% en la población general y es más frecuente en mujeres en un 90% (Chen & McKenzie-Brown, 2015; Di Venere et al., 2015).

El Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel (2014) señala que se desconocen las causas de la fibromialgia, no obstante, existen ciertos factores que se cree que están relacionados tales como: acontecimientos estresantes, lesiones recurrentes, malestares y/o causas genéticas.

A pesar de no saber las causas orgánicas de la fibromialgia según Sarró-Álvarez (2002) un diagnóstico temprano de la condición suele facilitar la aceptación y el afrontamiento de la misma; los diagnósticos suelen ser por descarte de otras enfermedades por lo que para llegar a obtenerlo el paciente pasa en promedio por 6 médicos diferentes, lo cual ocasiona que el inicio de la atención médica se retrase alrededor de 26 meses, generando así incertidumbre prolongada (Covarrubias-Gómez & Carrillo-Torres, 2016).

La dificultad para obtener el diagnóstico puede deberse a que según estudios tan solo el 30% de los médicos de atención primaria conocen los criterios diagnósticos de la fibromialgia y que el 50% de estos desconocen los diagnósticos diferenciales a esta enfermedad tales como el hipotiroidismo, la depresión mayor y el síndrome de fatiga crónica (Acuña, Capitán de la Cruz, & León, 2016).

Adicionalmente debido a que los síntomas no se perciben ni se miden de manera objetiva algunos profesionales de la salud han catalogado a la fibromialgia como “invalidéz invisible” (Aréchiga-Ornelas, 2004). Esta denominación explica porque algunos pacientes al compartir su diagnóstico son vistos con sospecha o incredulidad, inclusive la veracidad de este suele ser cuestionada por su entorno, hasta el familiar (McInnis, Matheson, & Anisman, 2015).

Se ha demostrado que las enfermedades invisibles “estigmatizan a la persona y crean una ‘mala fama’ que da lugar a estrés diferente al que tienen las personas con enfermedades conocidas (Montes Galdeano, 2012). Todos estos factores provocan preocupaciones adicionales a las implícitas a la fibromialgia, donde el paciente mantiene el estresante reto de convivir diariamente con un dolor crónico e incomprendido (López Gutiérrez, Sánchez Alonso, Ruiz Calatrava, & Hernández López, 2015).

Definición del Problema

Los pacientes con fibromialgia, en relación con otras enfermedades crónicas, presentan mayores afectaciones conductuales como el insomnio, la somatización y la disfunción social (Gelves, Barceló, Orozco, Román, & Allegri, 2017). Estos factores, más la demora en obtener un diagnóstico certero, el poco apoyo recibido por el entorno social/familiar y la “invisibilidad” de los síntomas han llevado a la fibromialgia a tener comorbilidad con los trastornos de ansiedad y de depresión (Bernik, Sampaio, & Garandela, 2013;

Calvo, 2015). Estos factores en conjunto se interpretan como “distrés psicológico” (Noguera Orozco, Pérez Terán, Barrientos Casarrubias, Robles García, & Sierra, 2013).

Todas estas dificultades que acompañan a la fibromialgia llenan de tensión y estrés al paciente que además regularmente se siente amenazado ante las repercusiones sociales, personales y económicas ocasionadas por el dolor crónico: debido a estos hechos los pacientes necesitan encontrar herramientas de adaptación, estrategias o estilos de afrontamiento para tratar de aminorar los daños o los efectos causados (Gaviria et al., 2006; García Gamo, 2015).

Los principales factores que influyen en el afrontamiento de la fibromialgia son el apoyo social y familiar; se ha documentado en diversas investigaciones resultados positivos y mejoras en control de estrés, disminución de depresión y aislamiento ante mayor apoyo percibido por el paciente con dolor crónico (Amaya-Ropero & Carrillo-González, 2015).

Ante la importancia de diversos factores psicológicos en el paciente con fibromialgia se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se relacionan los niveles de ansiedad y depresión, los estilos de afrontamiento y el impacto de la fibromialgia?

Justificación de la Investigación

A pesar de que en los últimos años el diagnóstico de la fibromialgia se ha incrementado exponencialmente (Bonete-Llácer, Rico-Gomis, & Jiménez-Abril, 2016) aún no todas las personas que la padecen lo saben.

Según cifras, en México deben existir aproximadamente 4.9 millones de personas con fibromialgia que representan un 4% de la población total nacional y aunque las estimaciones con respecto a la proporción hombres y

mujeres varían ampliamente según la literatura (Bonete-Lláceret et al., 2016) en México se considera que aproximadamente el 95% son mujeres (Investigación y Tratamiento en Fibromialgia, 2016).

Aún con esta alta prevalencia y a pesar de que se conoce que la salud mental tiene una gran influencia en los tratamientos y resultados terapéuticos en los pacientes con fibromialgia (Gaviria et al., 2006) son escasas las investigaciones sobre aspectos psicológicos relacionados a este padecimiento en la población mexicana, esta ausencia de datos nacionales hace oportuna la presente investigación.

Así mismo es de considerarse que la fibromialgia implica un significativo costo sanitario y laboral en México ya que se ha detectado que solo el 25% de los pacientes pueden trabajar y que más del 27% de estas personas faltaron al menos 40 días por año a su empleo por diversas complicaciones médicas (Peña De León, 2015). En España el coste de un paciente con fibromialgia es 3 veces más que un paciente medio y 12 veces mayor que un sujeto sano (Zafra-Polo, Pastor-Mira, & López-Roig, 2014).

A pesar de que la fibromialgia es un trastorno crónico con un adecuado tratamiento médico y psicológico se puede promover “un manejo eficaz del dolor y los síntomas asociados como ansiedad, depresión, insomnio, etc., mejorando así la calidad de vida de estos pacientes y permitiendo una rápida reinserción de ellos en el ambiente familiar, laboral y social” (Berrocal-Kasay, 2014, pág. 96).

Por ende, es significativo realizar investigaciones sobre los cambios en el estado de ánimo del paciente con fibromialgia ya que éstos al detectarse pueden ser tratados mediante intervenciones psicológicas y/o médicas (Taymur et al., 2014), así mismo es importante conocer el estilo de afrontamiento que los pacientes con fibromialgia suelen adoptar ya que éste

no siempre impacta de manera positiva al paciente (Gaviria et al., 2006) y un adecuado manejo del mismo permitiría que el paciente aprendiera a sobrellevar y a disfrutar la vida a pesar del dolor (Ugarte Prepolec, 2017).

Objetivo General

Encontrar la relación entre los niveles de ansiedad y depresión, los estilos de afrontamiento y el impacto de la fibromialgia.

Objetivos específicos:

1. Identificar los estilos de afrontamiento que utilizan las mujeres con fibromialgia
2. Describir los niveles de depresión, ansiedad e impacto de la fibromialgia de la muestra
3. Analizar la relación entre los estilos de afrontamiento activo y pasivo con los niveles de ansiedad y depresión presentados por la muestra
4. Conocer la relación entre los estilos de afrontamiento activo y pasivo con la puntuación de impacto de la fibromialgia reportado por la muestra
5. Establecer la relación entre la puntuación del impacto de la fibromialgia con los niveles de ansiedad y depresión presentados por la muestra

Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son los estilos de afrontamiento utilizados por las mujeres con fibromialgia?
2. ¿Cuáles son los niveles de depresión, ansiedad e impacto de la fibromialgia de las mujeres de la muestra?
3. ¿Cuál es la relación entre los estilos de afrontamiento activo y pasivo con los niveles de ansiedad y depresión presentados por la muestra?

4. ¿Cuál es la relación entre los estilos de afrontamiento activo y pasivo con la puntuación de impacto de la fibromialgia reportado por la muestra?
5. ¿Cuál es la relación entre la puntuación del impacto de la fibromialgia con los niveles de ansiedad y depresión presentados por la muestra?

Hipótesis según objetivos específicos

1. Las mujeres con fibromialgia tenderán a utilizar estrategias de afrontamiento activas.
2. Los niveles de depresión, ansiedad y del impacto de la fibromialgia serán más altos que el promedio de otras poblaciones de primer mundo y serán similares a otros países latinoamericanos.
3. Existirá relación negativa entre los estilos de afrontamiento activo con los niveles de ansiedad y depresión presentados por la muestra.
4. Existirá relación positiva entre los estilos de afrontamiento pasivo con el impacto alto impacto de la fibromialgia.
5. Entre mayores niveles de ansiedad y depresión, se presentará mayor impacto de la fibromialgia.

Limitaciones y Delimitaciones

La limitación principal a la que se han enfrentado trabajos de investigación sobre la fibromialgia es el acceso limitado a la muestra, ya que es una enfermedad difícil de diagnosticar y tratar: por ende, se expandió la búsqueda más allá de los consultorios médicos y mediante la técnica bola de nieve las pacientes iban refiriendo a otras ya fuera vía presencial o en línea.

Otra limitante es que las personas con fibromialgia sufren dolor crónico constante y por ende tienen más dificultades para contestar y completar las escalas, en varias ocasiones las participantes decidieron abandonar el estudio.

Se delimitó la población a mujeres mexicanas ya que las normativas de salud y cómo la fibromialgia es diagnosticada y tratada es diferente en cada país. Es importante señalar que, aunque existen hombres con diagnóstico de fibromialgia no se incluyeron en el presente estudio debido a que los análisis estadísticos comparativos a realizar entre sexos no serían significativos dada la amplia diferencia de participantes entre las categorías.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

I.- Aproximación al dolor crónico desde la psicología de la salud

La psicología de la salud tiene como objetivo emplear conocimientos, métodos de investigación y otras habilidades psicológicas para valorar, comprender y modificar, si es necesario, los aspectos psicológicos relacionados a los procesos de salud en enfermedades no mentales que impiden el bienestar integral del paciente (Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE, 2016).

Entre las áreas de aplicación de esta rama de la psicología se contemplan la creación de programas de prevención, promoción de acciones benéficas para la salud, así como acompañamiento y psicoeducación en procesos tanto de tratamiento como de mantenimiento de la salud al paciente y a su familia (González-Ramírez & Landero-Hernández, 2010). Para llevar a cabo estos supuestos la psicología de la salud considera los factores biológicos, sociales y psicológicos que influyen en la salud y en la enfermedad (American Psychological Association, 2014).

En todo momento el psicólogo de la salud debe tratar de comprender y empatizar las experiencias del paciente sin juzgarle, así como conocer sus preocupaciones y puntos de vista sobre su situación médica. El psicólogo debe estar atento a todos los detalles e información que se le brinde, por un lado para que el paciente se sienta comprendido y escuchado, por el otro para poder contextualizar su situación específica y así poderle brindar ayuda tanto en la prevención como en el alivio de una enfermedad según la necesidad particular de cada paciente (Cánovas et al., 2017).

Se ejemplifican algunas de las cuestiones que la psicología de la salud trata de resolver: encontrar la causa por la cual los pacientes no tienen adherencia a un determinado tratamiento, lograr que los pacientes mejoren sus hábitos en pro de su bienestar integral y tratar de encontrar vías estratégicas para controlar y/o reducir el dolor crónico cuando un tratamiento farmacológico no ha sido suficiente (American Psychological Association, 2014).

A continuación, se hará hincapié sobre cómo desde la psicología de la salud se interpreta la última cuestión mencionada: el dolor crónico, ya que es el síntoma principal de la fibromialgia. Conocer sobre las implicaciones del dolor crónico en la vida de un paciente permite ir comprendiendo el impacto que tiene sobre los pacientes con fibromialgia, aunque en ésta aún existan muchas otras complicaciones por considerar, como el insomnio, el síndrome de intestino irritable, la fatiga crónica, entre otras.

Definir qué es el dolor es una tarea compleja, ya que éste se interpreta de manera subjetiva desde la percepción propia de cada persona (Amigot & Llombart, 2015) aunque también se encuentra condicionada por elementos interactivos biológicos, psicológicos y socioculturales (Vidal, 2017).

En los casos donde, mediante un diagnóstico médico, se encuentra la enfermedad o la causa orgánica que ocasiona el dolor crónico, es más frecuente que encuentren apoyo social en su familia, al contrario de las personas sin un diagnóstico claro sobre la fuente de su dolor, como sucede en el caso de la fibromialgia, ya que a estas personas se les cuestiona constantemente sobre la veracidad de sus quejas (Vidal, 2017).

Hay que tener en consideración que la llegada del dolor a la vida del paciente es un doble reto, por un lado tienen que aprender a llevar su vida normal a pesar de las dificultades, por el otro deben saber interpretar y reconocer su

dolor para compartirlo de la manera más adecuada con su familia e inclusive el mismo personal sanitario (Amigot & Llombart, 2015).

Para que un dolor se considere como crónico debe permanecer de manera continua por más de 6 meses en un paciente que haya llevado previamente algún tratamiento específico con la intención de controlarlo y/o disminuirlo (Ovejero, 2017) y que, a diferencia del dolor agudo, se vea influido por causas psicopatológicas y no meramente biológicas (Dagnino, 1994).

Otra diferencia importante entre ambos tipos de dolor es que el crónico se trata de manera interdisciplinaria ya que conlleva otro tipo de cuidados más allá de cuando se trata una enfermedad, esto es necesario debido a la incompreensión de su dolor y a la cuestión de saber que tiene que enfrentarlo por el resto de su vida (Vidal, 2017). Por esto se asume que el dolor crónico puede ser abordado desde un modelo biopsicosocial donde se trabajan las diferentes facetas del paciente (Ruiz, Palau, Giménez, & Ballester, 2015) y de su familia, además del costo económico y social a generar (Dagnino, 1994).

Se conoce que los pacientes con dolor crónico tienden a tener baja percepción de autoeficacia, locus de control externo, prefieren el uso de estrategias de afrontamiento pasivo y con el tiempo desarrollan menor tolerancia al dolor a pesar del incremento en la frecuencia del mismo (Ovejero, 2017).

Se ha estudiado la interferencia funcional del dolor por género y se ha encontrado que las mujeres la experimentan más que los hombres (El-Shormilisy, Strong, & Meredith, 2015); en este aspecto no influye la estrategia de afrontamiento utilizada sino las diferentes expectativas de rol que vivan, hoy en día. El doble rol que cumplen las mujeres actualmente, el de ejercer la maternidad y el de participar activamente en la sociedad y en lo

laboral (Marcús, 2006; Luna & Mejía, 2017), entre lograr sobresalir en ambas funciones la mujer contemporánea cada día se ocupa menos de sí misma.

Respecto a la faceta psicológica es importante considerar que en presencia de problemas o trastornos de la conducta se tiende a agravar considerablemente la percepción del dolor (Ascencio, Hernández, & Sandoval, 2000). Comprenderlos es esencial para que el proceso de adaptación individual y para obtener los resultados terapéuticos deseados (Cánovas et al., 2017).

En este último aspecto el psicólogo de la salud tiene mucho que aportar respecto al manejo del dolor e inclusive en sus etapas de valoración, diagnóstico y tratamiento (Ascencio, Hernández, & Sandoval, 2000).

Se enlistan a continuación objetivos terapéuticos sobre el tratamiento del dolor crónico desde la psicología de la salud (Monsalve, 2010):

- Facilitar el manejo de la activación fisiológica y disminuir el nivel de tensión provocada por el dolor.
- Ayudar al paciente a comprender y valorar su situación, promoviendo la reconceptualización adaptativa.
- Plantear conductas que beneficien al paciente con dolor crónico y modificar las actitudes negativas que le impidan llevarlas a cabo.
- Asesorar a la familia en las dificultades que se les puedan presentar, ya sea respecto a buscar información con otros profesionales de la salud sobre cómo cuidar de manera más óptima al paciente o en cuestiones de interacción y convivencia.

En este punto se concluye que el psicólogo de la salud tiene herramientas suficientes para ayudar a mejorar la calidad de vida del sujeto que padece dolor crónico, por ende sus conocimientos también pueden ser de utilidad para las personas que padecen fibromialgia, padecimiento donde además de

las implicaciones psicosociales propias del dolor crónico suelen aparecer problemas emocionales secundarios como la ansiedad y la depresión.

2.- Aspectos generales sobre la fibromialgia

Definición e Historia

La fibromialgia es una enfermedad cuyo síntoma fundamental es el dolor crónico generalizado sin ninguna lesión o daño orgánico aparente por lo que se incorpora y se trata desde el área de reumatología (Rodríguez Álvarez, 2015), también se acompaña de dolor lumbar, rigidez, dificultad para dormir y concentrarse, entre otras variables que suelen ser poco perceptibles y objetivas por lo que ha catalogado a la fibromialgia como “invalidéz invisible” (Sánchez Villota, 2014).

Como se mencionó anteriormente, la fibromialgia suele acompañarse de problemas de sueño y fatiga, esto podría explicarse ya que según varios estudios el dolor que se manifiesta principalmente en las áreas espinales y proximales provoca la sensación más intensa de dolor al anochecer (Sánchez Villota, 2014). Además, la fibromialgia tiene comorbilidad con la migraña, cefaleas y el síndrome de colón irritable (Herrera Chávez, 2013).

A pesar de que este padecimiento se conoce desde hace 150 años tanto su nombre como su diagnóstico ha ido cambiando en el tiempo. Anteriormente, a las enfermedades que carecían de una explicación médica, como la fibromialgia, se les empezó a catalogar como ‘síndrome disfuncional’ (Díaz Robredo & Robles Sánchez, 2014).

Fue hasta los años 70 cuando gracias a los estudios de Smythe y Moldofsky se detectaron los “puntos gatillo” que se asociaban con una alteración en la fase 4 del sueño, allí se acuñó el término de “fibromialgia” (Albanese, 2013). Anteriormente, para detectar la presencia de la fibromialgia era estrictamente necesario reportar dolor ante la presión digital de aproximadamente 4 kg. de

fuerza en al menos 11 de los 18 puntos sensibles que se encuentran en la Figura 1, hoy en día pueden ser menos de esa cantidad para obtener el diagnóstico, aunque es necesario que sean más de dos (Becerra, 2016).

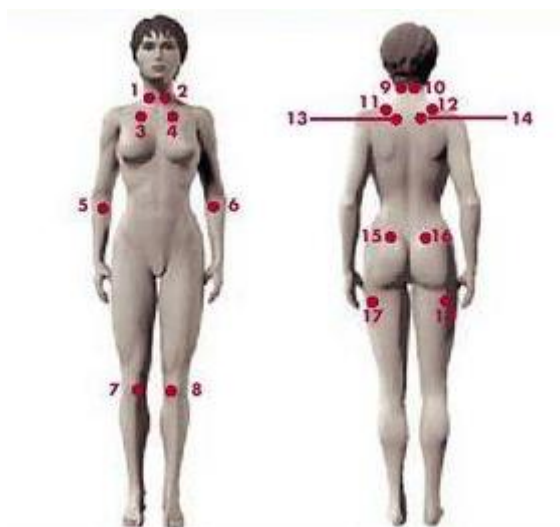


Figura 1. Localización de los 18 puntos gatillo.
Obtenido de equipo de redacción de Elsevier

En 1990 se establecieron los siguientes criterios diagnósticos por el Colegio Americano de Reumatología: “cuadro de dolor generalizado de más de 3 meses de duración, de carácter continuo, que afecta a ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, y por la existencia de varios puntos sensibles característicos, en ausencia de alteraciones inflamatorias” (Sánchez Villota, 2014, pág. 9). Dos años más tarde se reconoce ante la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad meramente reumatológica no psiquiátrica y se introduce en el manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79 (Mellado Miñarro, 2014).

En 1999 se define a la fibromialgia como un “síndrome somático funcional” debido a la asociación de los síntomas somáticos, distrés emocional y otros factores psicosociales que se relacionan con ésta (Albanese, 2013). Por esta cuestión más la falta de una explicación médica la fibromialgia es “un

padecimiento complejo, desconocido o mal entendido por la mayoría de los médicos y la sociedad en general” (Sandoval Valerio, 2016, pág. 1), inclusive existen profesionales de la salud que no creen que la fibromialgia sea una condición médica, sino que es ficticia o meramente psicológica (Montemayor Pachur, 2016); esta falta de credibilidad nace debido a que se ha dado el caso en pacientes que experimentan periodos de tiempo sin dolor alguno, contrastándose con episodios donde la persona no puede movilizarse por sí misma, por ello también a la fibromialgia se le suele clasificar como una “enfermedad fantasma” (Sánchez Villota, 2014).

Diagnóstico

Considerando que la experiencia de sentir dolor es siempre subjetiva (Ascencio, Hernández, & Sandoval, 2000) es importante señalar que no existe una prueba médica diagnóstica que determine la presencia de la fibromialgia. Con el fin de lograrlo, regularmente el médico quién suele ser reumatólogo, recurre a escalas cuantitativas de evaluación del dolor y/o al descarte de otras enfermedades (Sánchez Villota, 2014). Algunas de las patologías o síntomas que tienen que estudiarse antes de dar un diagnóstico positivo a fibromialgia son: fatiga, sueño no reparador, depresión, ansiedad, dolores de tórax, palpitaciones, cefaleas, náuseas, vómitos, dolores abdominales, síndrome de intestino irritable, dismenorrea, dolores pélvicos difusos, pérdida o ganancia inexplicable de peso, entre otros (Albanese, 2013). Aunque, en los últimos años se ha demostrado que existe una relación entre la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca y los síntomas más frecuentes en la fibromialgia (Lledó et al, 2016), este hecho representa la esperanza de poder obtener la posibilidad de usar esta medida como la primera prueba diagnóstica del padecimiento.

En mayo del 2010 el Colegio Americano de Reumatología publicó los nuevos criterios diagnóstico de fibromialgia que complementaban a los clásicos utilizados anteriormente, en esta versión no se requiere que se cuenten los

puntos dolorosos o gatillos, más bien consiste en la aplicación de un Índice de dolor generalizado y una Escala de gravedad de síntomas (Moyano, Kilstein, & Alegre de Miguel, 2015); este nuevo método clasifica aproximadamente al 88.1% de los casos diagnosticados en 1990 y no requiere un examen físico (Wolfe et al., 2010).

A pesar de estos nuevos criterios, por la complejidad del diagnóstico aún es difícil que el paciente llegue a saber su condición de manera oportuna ya que el paciente pasa en promedio por 6 médicos diferentes, lo cual ocasiona que el inicio de la atención médica se retrase alrededor de 26 meses (Covarrubias-Gómez & Carrillo-Torres, 2016). En ese lapso la mayoría de las personas sufren de los síntomas a la par que desconocen lo que tienen y por ende no reciben tratamiento ni medicación (Sandoval Valerio, 2016).

Cuando por fin el paciente recibe su diagnóstico debe enfrentarse, en la mayoría de los casos, a médicos que deslegitimizan a la fibromialgia como enfermedad por tener un origen psicogénico y no biológico, inclusive algunos profesionales de la salud “hacen una búsqueda intencional de aquellos elementos que la literatura médica indica como antecedentes de violación, maltrato, ansiedad o estrés para apoyar la idea del problema emocional y reforzar la posibilidad de que no haga parte de su set de enfermedades” (Colmenares, 2013, pág. 224).

A pesar de las dificultades presentadas es necesario recibir un diagnóstico firme y certero para empezar a elaborar las estrategias con las que se afrontará a la fibromialgia (Triviño, Solano, & Siles, 2014).

Prevalencia e incidencia

A pesar de las dificultades propias para obtener un diagnóstico adecuado, la prevalencia de la enfermedad ha aumentado exponencialmente desde la década de los 90 cuando se ubicaron los nuevos criterios de clasificación de

la *American College of Rheumatology* (Albanese, 2013), no obstante, aún no todas las personas que la padecen lo saben (Bonete-Lláceret et al., 2016).

Se estipula que la fibromialgia a nivel mundial afecta del 2% al 4% en la población general y es más frecuente en mujeres en un 90% (Chen & McKenzie-Brown, 2015; Di Venere et al., 2015). No obstante, existen autores que afirman que la prevalencia real de la fibromialgia puede llegar hasta el 11% de la población (Vásquez Quintero, 2017). La edad de aparición oscila entre los 25 y los 65 años, con una edad media de 49 años; existen excepciones donde la fibromialgia también puede presentarse en la infancia después de cumplir 7 años y aunque es posible, es muy poco frecuente que aparezca por vez primera en edades avanzadas (Becerra, 2016).

En Europa se ha reportado que en países como Inglaterra, Suecia y Noruega la incidencia se acerca a un 10% de la población general (Valls, 2008; Villanueva et al., 2004, citados por Vásquez Quintero, 2017). En Alemania, Italia y Portugal se reportan incidencias máximas del 3% de la población (Stuifbergen et al., 2010, citado por Vásquez Quintero, 2017). En España entre el 1 y el 4% de la población presentan esta condición (Nogueras, Sosa & Calvo, 2010).

Según cifras, en América la fibromialgia es más frecuente y afecta a más personas. En Estados Unidos de América afecta hasta el 2% de su población (Covarrubias-Gómez & Carrillo-Torres, 2016) y suele afectar principalmente a mujeres entre 30 a 50 años de edad (Berrocal-Kasay, 2014).

En Latinoamérica las cifras incrementan, ya que en capitales como Lima se ha reportado una prevalencia de la enfermedad del 10% (Berrocal-Kasay, 2014) y en Uruguay hay cerca de 100.000 personas con fibromialgia (Albanese, 2013).

Según cifras, en México deben existir aproximadamente 4.9 millones de personas con fibromialgia que representan un 4% de la población total nacional y aunque las estimaciones con respecto a la proporción hombres y mujeres varían ampliamente según la literatura (Bonete-Lláceret et al., 2016) en México se considera que aproximadamente el 95% son mujeres (Investigación y Tratamiento en Fibromialgia, 2016).

Aún con esta alta prevalencia y a pesar de que se conoce que la salud mental tiene una gran influencia en los tratamientos y resultados terapéuticos en los pacientes con fibromialgia (Gaviria et al., 2006) son escasas las investigaciones sobre aspectos psicológicos relacionados a este padecimiento en la población mexicana, esta ausencia de datos nacionales hace oportuna la presente investigación.

Así mismo es de considerarse que la fibromialgia implica un significativo costo sanitario y laboral en México ya que se ha detectado que solo el 25% de los pacientes pueden trabajar y que más del 27% de estas personas faltaron al menos 40 días por año a su empleo por diversas complicaciones médicas (Peña De León, 2015).

Respecto a Nuevo León, no hay estudios ni cifras disponibles sobre personas con fibromialgia, lo cual provoca un fuerte desconocimiento ante el tema, aunque siguiendo la métrica nacional del 4% de la población con este padecimiento se estimaría entonces, que según las estadísticas de población más recientes de Nuevo León (INEGI, 2015), este porcentaje equivaldría a 204,708 personas.

Causas

Aunque la etiología de la fibromialgia se desconoce, existen teorías que intentan descifrarla. Aunque actualmente ninguna explica del todo el porqué de la enfermedad la existencia de sensibilización central en este

padecimiento es un hecho aceptado (Maurel et al., 2011); encontrar la certeza la causalidad de la fibromialgia es tarea complicada al ser una enfermedad multifactorial compuesta por componentes psicológicos, psiquiátricos, conductuales y probablemente biológicos (Duque, 2014).

A pesar de que las causas de la fibromialgia se desconozcan se ha buscado identificar factores predisponentes para padecerla, algunos de estos podrían ser el tener tendencias depresivas, ansiosas o somatizantes, tener un ritmo de vida estresante, haber vivido momentos estresantes como la muerte de un familiar cercano o un accidente de tráfico (Montemayor Pachur, 2016), factores genéticos y ambientales y daños en los sistemas centrales del procesamiento del dolor (Gencay-Can & Suleyman Can, 2012).

Por otro lado, en un estudio cualitativo realizado en México las pacientes percibieron que el origen de la enfermedad se ubicaba principalmente en causas físicas, psicológicas y eventos traumáticos (Herrera Chávez, 2013).

Aunque la fibromialgia y el climaterio coinciden cronológicamente no existen evidencias de que la disminución de las hormonas sexuales propias de este último sea la causante de la enfermedad (Villalobos Hernández, 2013).

Sobre las explicaciones del trastorno doloroso el Dr. Martínez Lavín sugiere que existe una alteración en el sistema nervioso central, por lo que cualquier estímulo de dolor será sentido hasta tres veces más intenso por quien padece fibromialgia, otra explicación es que las personas con fibromialgia “tienen una gran activación del sistema nervioso simpático, mientras que el sistema nervioso parasimpático no funciona adecuadamente” (Martínez-Lavín, 2012, pág. 2).

A pesar de las múltiples hipótesis ya se han logrado determinar algunos factores de riesgo, entre los cuales destacan: ser mujer, tener un familiar que

también haya presentado fibromialgia, haber atravesado por un divorcio, tener estudios incompletos, bajos ingresos, presencia previa de dolor crónico, estrés, hepatitis C o antecedentes traumáticos físicos o psicológicos (Mur Martí, Llordés Llordés, Custal Jordà, López Juan, & Martínez Pardo, 2016; Sánchez Villota, 2014).

Tratamiento

Además de la hipnosis, la imaginación guiada y la relajación aún no existen investigaciones suficientes sobre recursos psicológicos que pueden ser utilizados en el tratamiento de la fibromialgia (Angel, Martínez, & Saturno, 2016).

Un posible tratamiento no farmacológico de la enfermedad desde el punto de vista psiquiátrico se enfoca en controlar el dolor y la fatiga (Herrera Chávez, 2013), para lograr cumplir este objetivo se recomienda la terapia cognitivo-conductual para promover habilidades de afrontamiento, control de sueño, ser más asertivo entre otras destrezas (Pérez Gordillo, 2014) e inclusive el uso de fármacos para episodios de dolor intenso (Angel, Martínez, & Saturno, 2016).

Se utilizan también tratamientos alternativos como el Tai-Chi, el yoga y el mindfulness, mismo que busca aumentar la conciencia plena para dirigirla hacia las sensaciones dolorosas y gestionarla en beneficio del usuario (Torres-Pascual, 2015).

3.- Aspectos psicológicos sobre la fibromialgia

Ansiedad

La ansiedad se manifiesta como una respuesta de alerta, miedo o angustia ante diversas situaciones a las que está expuesta una persona, en general conlleva una sensación de malestar e inquietud que, si se vuelve crónica, impide a quien la padece llevar una vida diaria normal. Cuando se acompaña

de dolor crónico, ésta incrementa y agudiza la sensación dolorosa (Revuelta, Segura, & Paulino, 2010).

Existen diversas teorías sobre el origen de la ansiedad, se dice que se produce en el intento de preservar aquello que se considera importante o que surge al sentir una amenaza constante (Flórez-Donado et al., 2018).

La Asociación Americana de Psicología (2018) distingue entre varios tipos de trastornos de ansiedad: generalizado, ataque de pánico, relacionado, obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad por una enfermedad, entre otros.

Según los criterios del DSM-V (2014) el ‘Trastorno de Ansiedad Generalizada’ y el ‘Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica’ son los diagnósticos más acordes a la sensación de ansiedad que se puede presentar en mujeres con fibromialgia. Características y diferencias sobre éstos se encuentran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características del Trastorno de Ansiedad Generalizada y del Trastorno de Ansiedad debido a una enfermedad

Tipos de Ansiedad	Características clínicas centrales	Otros criterios
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Ansiedad y preocupación excesivas y difíciles de controlar sobre diversos acontecimientos o actividades	Se asocian a 3 o más síntomas de sobreactivación fisiológica, mismos que deben estar presentes la mayor parte del tiempo al menos 6 meses
Trastorno de Ansiedad debido a otra afectación médica	Presencia de crisis, angustia y/o ansiedad con evidencias de que es una consecuencia de otra condición médica	La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental

Fuente: (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Tortella-Feliu, 2014)

Según el DSM-V (2014) el 'Trastorno de Ansiedad Generalizada' se manifiesta en una preocupación excesiva que dura más días de los que ha estado ausente por un periodo superior a 6 meses. Los síntomas de sobreactivación fisiológica son: inquietud, sentirse nervioso, sentirse fatigado, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular (Maass, 2014). Las alteraciones no deben ser provocadas por sustancias o alguna enfermedad cardíaca o endocrina.

Acorde al mismo manual en el 'Trastorno de Ansiedad debido a otra afectación médica' los ataques de ansiedad predominan, la historia clínica explica la consecuencia por una enfermedad física, la alteración no se explica por un trastorno mental e impacta las áreas importantes del funcionamiento de la persona (Tortella-Feliu, 2014).

En la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) que se utilizó para el presente estudio, los autores forjaron el constructo de ansiedad a partir de investigaciones psíquicas presentadas por pacientes con este trastorno. Los reactivos se enfocan en analizar si el paciente ha presentado tensiones y/o preocupaciones recurrentes, así como constantes sensaciones de temor (Zigmond & Snaith, 1983).

Ansiedad y fibromialgia

En el dolor crónico la ansiedad es de los factores emocionales más habituales, esta relación se explica por el hecho de que estas personas suelen centrar su atención en las sensaciones dolorosas, provocando que éste se mantenga o aumente (Vidal, 2017).

La ansiedad en la fibromialgia se presenta como una defensa ante el dolor crónico y otros estímulos que atentan contra el equilibrio y la calidad de vida del paciente (Reyes Marigaños, 2016), esto se explica ya que los periodos

libres de dolor son poco comunes; aproximadamente solo un tercio de los pacientes reporta que su dolor sea intermitente (Liedberg & Björkb, 2014). Es esperado que pacientes con fibromialgia que reportan altos niveles de ansiedad también muestren grandes indicios de angustia mental y de depresión (Martínez, Sánchez, Miró, & Lami, 2015).

Un aspecto controversial respecto a la relación de la fibromialgia con la ansiedad es que aún no se determina si la comorbilidad psiquiátrica es la causa o la consecuencia de esta (Montemayor Pachur, 2016). Por un lado muchos estudios sugieren que es el elevado consumo de ansiolíticos lo que podría explicar la elevada prevalencia de trastornos ansiosos en la fibromialgia (Mur Martí, Llordés Llordés, Custal Jordà, López Juan, & Martínez Pardo, 2016), por el otro se alude a que la ansiedad es la que desarrolla muchos de los síntomas, tales como el dolor muscular, la rigidez articular, entre otros asociados a la sintomatología no resuelta cuando no se cuenta con un diagnóstico temprano (Albanese, 2013). Por ejemplo, en un estudio específico sobre la relación de la ansiedad y la fibromialgia se encontró que los niveles de ansiedad se relacionan más con aspectos fisiológicos que cognitivos y emocionales, esto podría explicarse por el dolor crónico presentado (Díaz Robredo & Robles Sánchez, 2014; Martínez, Sánchez, Miró, & Lami, 2015).

Otra teoría es que es cuando las necesidades de atención y de apoyo social no están satisfechas se produce el ambiente ideal para desarrollar capítulos de ansiedad durante la fibromialgia (Offenbaecher et al., 2013) por lo que es importante considerar que la ansiedad puede desarrollarse con más frecuencia y rapidez en pacientes que se sienten incomprendidos por sus familiares, ya que en ellos existe una presión adicional de convivir con el dolor crónico, ver la disminución de su calidad de vida y enfrentarse a todos los cambios que esto le supone sin apoyo, lo cual les genera frustración por estar sobrecargados (Giovanazzi Retamal, Barraza López, & Díaz Zepeda,

2017), inclusive hay evidencias exploratorias que señalan que uno de los principales dominios cognitivos donde las personas con fibromialgia experimentan dificultades son las capacidades de memoria (Becerra, 2016).

Para detectar la ansiedad como patología psiquiátrica en una población con fibromialgia de España se ha utilizado la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), donde en el 2016 se arrojó que un 63.8% de las personas tenían ansiedad probable, es decir más de 10 puntos en la escala HADS de ansiedad (Mur Martí, Llordés Llordés, Custal Jordà, López Juan, & Martínez Pardo, 2016) Otros estudios han arrojado cifras de hasta 92.3% de prevalencia entre la ansiedad y la fibromialgia (Alvarado-Moreno, Montenegro-Díaz, León-Jiménez, & Díaz-Vélez, 2014) lo cual va acorde a conclusiones obtenidas de otros estudios que indican que las personas con fibromialgia puntúan niveles superiores a los considerados normales con otros instrumentos de evaluación como el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) (Díaz Robredo & Robles Sánchez, 2014) y el Cuestionario de 90 Síntomas-Revisado (Garaigordobil & Govillard, 2016).

Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que provoca en el paciente la pérdida del deseo y las ganas de enfrentarse a situaciones cotidianas de su vida que anteriormente sí disfrutaba (Revuelta, Segura, & Paulino, 2010), la causa de este diagnóstico es multifactorial, incluye aspectos genéticos, psicosociales y ambientales, aun así, algunas veces no hay una razón obvia o concreta que haya influido en el inicio de esta enfermedad.

Los principales síntomas de la depresión identificados por la Asociación Americana de Psicología (2014) son: tristeza prolongada, sensación de vacío, desesperanza, fatiga, cambios en el apetito y en patrones de sueño, pensamientos suicidas, distanciamiento, etc.

Algunos ejemplos de trastornos depresivos que el DSM-V (2014) identifica son: trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, distimia, inducido por medicamento o sustancia, debido a otra afectación médica, entre otros. Según las descripciones del mismo manual el 'Trastorno de Depresión Mayor y el 'Trastorno de depresión debido a una enfermedad médica' son los diagnósticos que más podían explicar la presencia de la depresión en la fibromialgia, en la Tabla 2 se pueden encontrar sus características principales, así como sus diferencias.

Tabla 2. Características del Trastorno de Depresión Mayor y del Trastorno de Depresión debido a una enfermedad

Tipos de Depresión	Características clínicas centrales	Otros criterios
Trastorno de Depresión Mayor	Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.	No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica ni considerar las respuestas a una pérdida significativa
Trastorno de Depresión debido a otra afectación médica	Persistente estado de ánimo deprimido y una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades que es una consecuencia de otra condición médica	La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental

Fuente: (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

Según el DSM-V (2014) en el 'Trastorno de Depresión mayor' el paciente se manifiesta en estado auto-reportado como deprimido la mayor parte del día gran parte de la semana, experimenta disminución del interés y placer por las cosas, sufre pérdida o aumento inexplicable e importante de peso, padece insomnio, siente perdida de energía, se siente inútil y llega a pensar frecuentemente sobre la muerte.

Acorde al mismo manual en el 'Trastorno de Depresión debido a otra afectación médica' el estado de ánimo depresivo no se explica por un trastorno mental e impacta las áreas importantes del funcionamiento de la persona.

Es importante señalar que la diferencia principal entre estado de ánimo y sentimientos radica en la autonomía del contexto, sentirse triste es esperado bajo una situación que lo amerita, en cambio, una alteración en el estado de ánimo como la que ocurre con los trastornos de depresión es provocado sin motivo aparente (Benavides, 2017).

En la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) que se utilizó como instrumento de investigación para el presente estudio, se consideran cuestiones como pérdida de interés en lo cotidiano, olvidar la capacidad de reír, entre otras. Zigmond & Snaith (1983) centraron el constructo de depresión en la anhedonia, ya que la consideraban como el rasgo central de este trastorno. La anhedonia es el bloqueo de recibir estímulos de recompensa (Olivares, 1995) y sentirse insensible o incapaz de sentir placer (Pérez-Rincón, 2014).

Depresión y Fibromialgia

Muchos síntomas de la fibromialgia se superponen con los de la depresión, por ejemplo: fatiga, insomnio, sensibilidad al dolor y trastornos de humor (Vázquez & Vázquez, 2015), por esta similitud es que se ha documentado que hay comunidades donde los médicos de atención primaria presentan dificultades para distinguir entre ambas, lo cual resulta alarmante. (Acuña, Capitán de la Cruz, & León, 2016).

Una manera para diferenciar entre ambos diagnósticos es que después de realizar ejercicio físico las personas con fibromialgia no notan gran mejoría ni en el dolor ni en su estado de ánimo, al contrario de quienes padecen

depresión (Garaigordobil & Govillard, 2016); otra discrepancia es que las personas con fibromialgia no suelen perder el interés por sus actividades habituales, simplemente no utilizan de manera adecuada sus fuentes de recuperación y eso les obstaculiza su equilibrio y bienestar (González, López-López, Alonso-Fernández, Matías-Pompa, & Ciudad, 2015). Otro aspecto importante por considerar es que se ha reportado que hasta un 34.8% de los pacientes con fibromialgia ha manifestado ideación suicida (Vázquez & Vázquez, 2015).

La depresión en personas con fibromialgia se asocia también con altos impactos de la enfermedad, nivel socioeconómico bajo, alta severidad de los síntomas, discapacidad y problemas de sueño (Gota, Kaouk, & Wilke, 2015; Ambriz, 2013). Otro factor relacionado con la depresión en personas con fibromialgia es tener algún estilo inseguro de apego (Simon, 2014).

El origen de la relación entre la depresión y la fibromialgia no es aún claro, de hecho, eventos que predisponen a los pacientes a desarrollar depresión desde su infancia son también factores de riesgo para la fibromialgia y el dolor crónico (Vázquez & Vázquez, 2015).

Se han propuesto diversas teorías al respecto, una de ellas es que ante la falta de credibilidad e incompreensión que tienden a soportar los pacientes debido a la invisibilidad de sus síntomas sufren de aislamiento, soledad y tienden a ensimismarse para que nadie les juzgue por lo que están sufriendo (Sánchez Villota, 2014); otra teoría es que la depresión puede surgir a consecuencia del sufrimiento doloroso crónico (Albanese, 2013; Alvarado-Moreno, Montenegro-Díaz, León-Jiménez, & Díaz-Vélez, 2014), aunque la presencia de síntomas depresivos podría también potencializar el dolor (Järemo, Arman, Gerdle, Larsson, & Gottberg, 2017). Respecto a esto, en un estudio español se estimó que 30% de los pacientes con fibromialgia padecen cuadros depresivos en algún momento de su evolución y que un

22% ya contaba con antecedentes de depresión previos (Revuelta, Segura, & Paulino, 2010).

Otros autores se cuestionan si es que los rasgos depresivos son innatos a la personalidad de las personas que padecen fibromialgia (Montemayor Pachur, 2016) y también se habla de una “depresión encubierta” es decir que las personas al ser diagnosticadas con fibromialgia caen en un estado depresivo (Rodríguez Álvarez, 2015) por ejemplo se ha reportado que cuando una persona padece fibromialgia y depresión, siente que no tiene como enfrentarse a las situaciones difíciles, por ende, deja de luchar contra el dolor y éste incrementa (Revuelta, Segura, & Paulino, 2010).

En los lugares donde no se identifica la fibromialgia y consideran al dolor como ficticio por ausencia de signos objetivos se les puede llegar a diagnosticar un trastorno por somatización o trastorno por dolor (Vázquez & Vázquez, 2015), sin embargo esto podría descartarse si se toma en cuenta que las personas con trastorno de somatización tienen un historial de quejas y síntomas antes previos a sus 30 años y la fibromialgia suele manifestarse alrededor de una década después (Garaigordobil & Govillard, 2016).

Como se mencionó anteriormente, en una población de España se ha utilizado la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) para detectar a la ansiedad y a la depresión como patologías psiquiátricas probables en personas con fibromialgia; en el 2016 se arrojó que un 53.2% de las personas tenían depresión probable, es decir más de 10 puntos en la escala HADS de depresión (Mur Martí, Llordés Llordés, Custal Jordà, López Juan, & Martínez Pardo, 2016). Esto concuerda con otros estudios que señalan que la depresión se manifiesta en al menos el 50% de la población que sufre fibromialgia (Albanese, 2013; Vázquez & Vázquez, 2015).

El distrés en la fibromialgia

Como se trató en los apartados anteriores la fibromialgia se relaciona con diferentes problemas emocionales y cognitivos, entre los cuales destacan la ansiedad y la depresión (Giovanazzi Retamal, Barraza López, & Díaz Zepeda, 2017), de hecho, estos son los trastornos mentales a los que se asocia la fibromialgia más frecuentemente (Bonete-Lláceret et al., 2016) y son los más estudiados en relación a la calidad de vida ya que suelen interferirse con el afrontamiento de la enfermedad (Del Río, García, & Botella, 2014).

Para fines de este estudio el constructo de “distrés” que se utilizará es el que propone la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria: la suma total de los ítems de ‘ansiedad’ y ‘depresión’; es decir todas las respuestas de la escala (Zafra-Polo, Pastor-Mira, & López-Roig, 2014; Alvarado-Moreno, Montenegro-Díaz, León-Jiménez, & Díaz-Vélez, 2014). Por lo que para este trabajo se puede interpretar que el distrés es la presencia de depresión y de ansiedad simultáneamente, lo cual suele presentarse en enfermedades con presencia de dolor crónico (Somers, Kelleher, Shelby, & Fisher, 2016) y tal cual se mencionó en los apartados anteriores esto también aplica en los pacientes con fibromialgia (Reyes Marigaños, 2016).

Por estos esperados cambios en el estado de ánimo, en algunos casos se le conoce a la fibromialgia como un trastorno del espectro afectivo (Gota, Kaouk, & Wilke, 2015), no obstante, otros autores opinan que este distrés emocional es meramente resultado de los dolores crónicos producto de la fibromialgia (Pérez Gordillo, 2014), esto puede explicarse debido a que quién padece depresión y la ansiedad puede sufrir alteraciones en su percepción del dolor (Del Río, García, & Botella, 2014).

La comorbilidad entre los cambios en el estado de ánimo en la fibromialgia puede ser interpretada desde tres hipótesis: el dolor como causa del cambio

del estado de ánimo, el estado de ánimo cambia al generarse el dolor o que el estado de ánimo y el dolor son consecuencias de otras disfunciones (Sánchez Hernández, 2015).

En contraste con las personas sanas los pacientes con fibromialgia suelen presentar mayor distrés emocional (Robles Díez, 2012), una de las posibles razones es que el dolor crónico que sienten conlleva a la reducción de actividades sociales (Ugarte Prepolec, 2017), tal vez por ello algunos estudios han catalogado la personalidad de las personas con fibromialgia como tipo D, es decir personalidad del distrés, misma que combina la tendencia de experimentar emociones negativas y de inhibir su expresión por miedo al rechazo (Van Middendorp et al., 2015), aunque este tipo de personalidad se relaciona en general con los pacientes que sufren de algún dolor crónico (Horwood, Anglim, & Tooley, 2016).

Entre los factores que afectan de manera negativa al distrés emocional se encuentran el tener un alto impacto de la fibromialgia ya que esto se refleja en la calidad integral de vida (Del Río, García, & Botella, 2014), la dificultad para identificar y describir sentimientos, también conocida como alexitimia y que aumenta la catastrofización y el miedo al dolor (Martínez, Sánchez, Miró, & Lami, 2015) y la situación laboral del paciente.

En un estudio español se reportó que los pacientes con baja laboral permanente tienen mayor puntuación en las variables de depresión y ansiedad, lo equivalente a distrés, en contraste con quienes sí cuentan con una oportunidad laboral (Vallejo, Rivera, Esteve-Vives, Rodríguez-Muñoz, & ICAF, 2014).

Como maneras de reducir el distrés psicológico se plantean herramientas de autoeficacia para manejo del dolor y en el estado emocional (Zafra-Polo, Pastor-Mira, & López-Roig, 2014), hacer más ejercicio físico (Vallejo et al.,

2014) ya que se ha demostrado que las personas con fibromialgia que más caminan o tienen una rutina de ejercicio, aunque sea sencilla, sufren menos síntomas de ansiedad y depresión (Vallejo et al., 2014).

Mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria se han obtenido resultados que confirman la presencia de distrés psicológico en las poblaciones con fibromialgia hasta en un 50% (Cabrera, Martín-Aragón, Terol, Núñez, & Pastor, 2015).

Afrontamiento

Cuando una persona tiene que hacer frente a alguna situación difícil que, según su percepción, le rebasa a sí mismo las habilidades para hacerle frente se conocen como estrategias de afrontamiento, mismas que cambian en función del contexto y circunstancias del paciente y que dependen del mismo aún sin formar parte de sus propios recursos (Soriano & Monsalve, 2017), por ende son dinámicas y es probable que el paciente las rote para probar cada una de ellas y entonces evaluarlas en base al éxito obtenido (Litt & Tennen, 2015).

Estos mecanismos implican esfuerzos cognitivos y tendencias de comportamiento para reducir las tensiones generadas y tratar de controlar o resolver la situación que afecta el bienestar del paciente (Vásquez Quintero, 2017; Ugarte Prepolec, 2017; Ambriz, 2013). Dichas estrategias se convierten en parte del estilo y calidad de vida y al igual que la enfermedad crónica, deberán acompañar al paciente toda la vida (Somers, Kelleher, Shelby, & Fisher, 2016).

En el caso del dolor crónico, las estrategias de afrontamiento involucran los pensamientos, ideas y acciones que los pacientes realizan a base de esfuerzo para tratar de reducirlo o controlarlo al máximo posible (Orozco-Gómez, Villamil-Munévar, Matéus, Morales-Cruz, & Osorio-Noriega, 2016).

La adaptación del paciente a una vida donde siempre hay dolor dependerá en gran medida de la manera en la que lo enfrente (Litt & Tennen, 2015), así como de otros factores protectores como una personalidad extrovertida (Ruiz et al., 2015).

Aunque existen más de 100 maneras de categorizar las estrategias de afrontamiento las más utilizadas son las centradas en el problema versus las centradas en la solución, el acercamiento versus la evitación y el afrontamiento activo versus el pasivo (Litt & Tennen, 2015).

El último estilo mencionado es que el manejan los autores del Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Crónico (CAD-R), que fue utilizado para el presente trabajo. Soriano y Monsalve (2002) consideran las siguientes dimensiones de las estrategias de afrontamiento utilizadas por personas que padecen dolor crónico y que son empleadas en su escala, a las mismas se les conocen como estrategias de primer orden (Soriano & Monsalve, 2017).

- *Autoafirmación:* Las personas con esta estrategia de afrontamiento suelen darse ánimos a sí mismos para no desfallecer (Soriano & Monsalve, 2002), evitan sentir sumisión por el dolor y buscan encontrar fortaleza inclusive en los momentos más difíciles (Ugarte Prepolec, 2017). Esta dimensión suele predecir la disminución en ansiedad y depresión en los pacientes que sufren dolor crónico (García Gamo, 2015) aunque hay estudios donde se relaciona con el aumento de la percepción de dolor (Martín et al., 2014).
- *Búsqueda de Información:* Los pacientes con este tipo de afrontamiento investigan activamente todo lo relacionado a su padecimiento: alimentación recomendada, tratamientos alternativos, entre otros aspectos. Así mismo esta dimensión se relaciona con el apoyo social ya que mediante la búsqueda de la información se contactan con otros pacientes u profesionales de la salud (Ugarte Prepolec, 2017; García Gamo, 2015). Por ende, es la

única estrategia que se focaliza en el problema (Soriano & Monsalve, 2002).

- *Religión:* Refiere a las creencias espirituales, la necesidad de rezar y tener fe; quienes usan esta estrategia buscan mediante la protección divina conseguir consuelo ante el dolor (García Gamo, 2015). Aunque esta dimensión es originalmente clasificada como pasiva, en ciertos estudios aplicados en Latinoamérica se ha encontrado que éstas acciones conducen a las mujeres a buscar estrategias de solución y encontrar apoyo social dentro de la comunidad religiosa; así mismo se ha relacionado a la espiritualidad con la satisfacción con la vida a pesar del dolor crónico (Ugarte Prepolec, 2017; Biccheri, Roussiau, & Mambet-Doue, 2016), por consiguiente, esta estrategia se considera como centrada en la emoción (Soriano & Monsalve, 2017).
- *Distracción:* Esta estrategia es de tipo evitativa ya que los pacientes tienden a realizar actividades que les ayuden a olvidar el dolor, esta negación de su realidad no promueve la búsqueda de información relacionada a su padecimiento (Ugarte Prepolec, 2017). No obstante, esta dimensión ha resultado, según investigaciones, de las más adaptativas ya que se le deja de prestar atención al dolor (García Gamo, 2015; Soriano & Monsalve, 2002), además suele tener un poder predictivo con la calidad de vida percibida por el paciente (Pascual & Caballo, 2017).
- *Catarsis:* Refiere a la necesidad de exteriorizar los sentimientos intensos y a la búsqueda de apoyo social desde la perspectiva emocional (Soriano & Monsalve, 2017), especialmente mediante la verbalización y el alivio que éste supone (García Gamo, 2015; Soriano & Monsalve, 2002), por ende, se suele ligar este tipo de afrontamiento con el apoyo social (Ugarte Prepolec, 2017).

- *Autocontrol mental*: Son los esfuerzos mentales y cognitivos para controlar el dolor que utiliza el paciente mediante el dominio de sus pensamientos para reprimir o bloquear ideas asociadas al dolor (Ugarte Prepolec, 2017; García Gamo, 2015).

Es relevante mencionar que en el CAD-R cada estilo de afrontamiento es calculado con la suma de los elementos que le componen (Cánovas et al., 2017). La otra manera de catalogar los estilos de afrontamiento es la anteriormente señalada: pasivos versus activos según corresponda, o también se les puede llamar como estrategias de segundo orden (Soriano & Monsalve, 2017):

- Activas o adaptativas: Auto afirmación, autocontrol mental, distracción y búsqueda de información (Peñarroya, Ballús-Creus, & Pérez, 2011)
- Pasivas o de evitación: Catarsis y religión (Peñarroya, Ballús-Creus, & Pérez, 2011)

Las estrategias activas se conforman por acciones y tácticas que el paciente realiza para funcionar a pesar de su dolor (Orozco-Gómez, Villamil-Munévar, Matéus, Morales-Cruz, & Osorio-Noriega, 2016) con el fin de llevar su vida con la mayor normalidad posible (García Gamo, 2015). Estas estrategias se consideran más adaptativas (Ruiz et al., 2015) debido a que se relacionan de manera negativa con las variables de ansiedad y depresión (Soriano & Monsalve, 2004; Ambriz, 2013; Baastrup et al., 2016). En este tipo de afrontamiento el paciente intenta manejar el dolor mediante sus recursos internos (Baastrup et al., 2016), se basa en la resolución de problemas, sufre menor deterioro y ejecuta mayor autoeficacia en la tarea de controlar el dolor que alguien que utiliza un estilo pasivo (Pascual & Caballo, 2017).

Por el contrario, en las estrategias de afrontamiento pasivas el paciente no controla su dolor y por ende disminuye la frecuencia y/o evita realizar actividades que eran parte de su vida cotidiana (García Gamo, 2015). Estas

estrategias se relacionan de manera positiva y son predictivas de la ansiedad y la depresión (Soriano & Monsalve, 2004; Ambriz, 2013; Baastrup et al., 2016). En este tipo de afrontamiento el paciente siente impotencia al creer que no tiene recursos para intentar controlar su dolor (Ruiz et al., 2015) y por ende renuncia a ello (Baastrup et al., 2016) y le cede el control de su vida a sus malestares (Orozco-Gómez, Villamil-Munévar, Matéus, Morales-Cruz, & Osorio-Noriega, 2016).

Sobre el uso de todos los estilos de afrontamiento, un estudio realizado en España por los autores de la escala informa que los más jóvenes suelen emplear la estrategia de búsqueda de información, el grupo de edad intermedia que va de los 40 a los 49 años prefieren la distracción y que las personas de mayor edad se sienten más cómodas con las estrategias de religión, catarsis y autocontrol mental (Soriano & Monsalve, 2017). Respecto a la elección de estrategias de afrontamiento en pacientes clínicos por sexo, se ha documentado que las mujeres son más propensas a utilizar estrategias pasivas y los hombres tienden más a enfrentarse de manera adaptativa o activa (El-Shormilisy, Strong, & Meredith, 2015), aunque para soportar esta teoría hacen falta más investigaciones.

Afrontamiento y Fibromialgia

Vivir con fibromialgia supone muchos retos y una nueva forma de vivir a quien la padece, en parte por la incapacidad paulatina a la que se ven expuestos los pacientes, además de un incremento en los gastos económicos por visitas al médico o medicamentos, inclusive podría inducir a bajas laborales o incapacidades (Mur Martí, Llordés Llordés, Custal Jordà, López Juan, & Martínez Pardo, 2016). Aunada al dolor, la fatiga y otros problemas médicos la fibromialgia se convierte en una fuente de estrés que disminuye, en quien la padece, la capacidad de elegir de manera óptima maneras y estrategias sobre cómo recuperarse, salir adelante y tratar de mejorar su vida (González et al., 2015). Diversos autores coinciden en que

enfrentarse a estos cambios cognitivos impacta de manera negativa en los pacientes de diversas maneras: incapacidad, miedos, aislamiento y baja autoestima (Herrera Chávez, 2013).

Respecto al dolor crónico que el paciente con fibromialgia tiene que enfrentar, se sabe que éste provoca limitaciones significativas en las diversas áreas de su vida (Sánchez Gómez, 2015) y que reduce la capacidad para buscar fuentes de recuperación tanto internas como externas (González et al., 2015). Para hacer frente a estas dificultades las estrategias activas suelen ser las recomendadas para las personas con fibromialgia.

Otros factores que apoyan el afrontar el dolor crónico y demás implicaciones propias de la fibromialgia es el ser entendido, que el entorno crea en el padecimiento y contar con el apoyo pleno del personal de salud desde un enfoque multidisciplinario para poder mejorar su condición en todo sentido (Albanese, 2013), por ejemplo, en un estudio en parejas donde uno de sus integrantes tenía fibromialgia los pacientes con cónyuges menos comprometidos reportaron una peor salud física y psicológica, sin embargo los pacientes con síntomas físicos y psicológicos más agudos tenían una mayor satisfacción en su relación cuando la pareja era solidaria y comunicativa (Huang, Jones, Bennet, Nagayama & Lyons, 2018).

También se ha evidenciado que se suele tener un nivel inferior de control de emociones y de estabilidad emocional (Garaigordobil & Govillard, 2013), por ende, conocer los estilos de afrontamiento más recurrentes en estas mujeres aporta información valiosa sobre el tipo de acercamiento psicológico más oportuno para mejorar su proceso de enfermedad, incertidumbres y formas de relacionarse con otros pacientes y médicos (Vásquez Quintero, 2017).

Otro aspecto importante por considerar es que los pacientes con fibromialgia, debido a la poca información y aceptación con la que su padecimiento cuenta

entre los profesionales de la salud y el público en general, tienen más dificultades para comprender su enfermedad, lo cual reduce las esperanzas y expectativas de un tratamiento efectivo (Järemo, Arman, Gerdle, Larsson, & Gottberg, 2017) por lo que las estrategias con la que afronten el dolor crónico y demás complicaciones que trae consigo la fibromialgia serán un factor esencial y decisivo para mejorar su calidad de vida (Orozco-Gómez, Villamil-Munévar, Matéus, Morales-Cruz, & Osorio-Noriega, 2016).

En México se han realizado diversos estudios sobre el afrontamiento al dolor crónico, no obstante, la información sobre el afrontamiento en la fibromialgia es escaso; se conoce que dentro de las estrategias más utilizadas se encuentran las evasivas y las emocionales y las menos empleadas son las directas (Ambriz, 2013). También se sabe que los pacientes con fibromialgia que utilizan habilidades de afrontamiento pasivas tienen menos control del dolor que los pacientes que utilizan habilidades de afrontamiento activas (Huang, Jones, Bennet, Nagayama, & Lyons, 2018).

En investigaciones que han utilizado el CAD-R como instrumento se han obtenido diversos resultados por región, en Lima la estrategia más utilizada fue la de autoafirmación (Ugarte Prepolec, 2017) y en Madrid la distracción (García Gamo, 2015). Sin embargo, la estrategia que más se relaciona con la aceptación del dolor y mayor calidad de vida es la de autoafirmación (Sahar, Thomas, & Clarke, 2016) a excepción de un estudio estadounidense donde relacionan esta estrategia con el aumento de dolor (Martín et al., 2014).

En otros estudios se ha relacionado negativamente a las pacientes con fibromialgia con el control del dolor, especialmente cuando utilizan la confrontación y la resignación (Sahar, Thomas, & Clarke, 2016); manejar inadecuadamente el dolor provoca estrategias de afrontamiento inadecuadas a todo lo que implica la fibromialgia (Ambriz, 2013) por ejemplo en el área social está la tendencia a retirarse de eventos y reuniones sociales que con

otra perspectiva podrían ser de apoyo social (Gelves, Barceló, Orozco, Román, & Allegri, 2017). Los estilos de afrontamiento donde predomina la emoción a la razón son los menos útiles para combatir el dolor en los pacientes con fibromialgia (Alok et al., 2014)

Un factor que no se considerará en el presente estudio pero que se relaciona con las estrategias de afrontamiento elegidas por los pacientes con fibromialgia son los rasgos de personalidad, en estudios donde esto se ha abordado se ha concluido que ante mayor neuroticismo mayor tendencia a elegir estrategias de afrontamiento pasivas (Bucourt et al., 2017; Van Middendorp et al., 2015).

Respecto a actividades que ayuden a elegir mejores estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico, especialmente en la fibromialgia existe evidencia sobre los beneficios del ejercicio físico (Beltrán-Carrillo, Tortosa-Martínez, Jennings, & Sánchez, 2013) así como de las intervenciones cognitivo-conductuales (Sirois & Molnar, 2014).

4.- El impacto de la fibromialgia como variable

Debido a que no existe aún alguna prueba de laboratorio específica para diagnosticar la fibromialgia, evaluar el dolor que reportan los pacientes y sus consecuencias en la calidad de vida se vuelve fundamental y de las únicas herramientas para valorarlos (Monterde, Salvat, Montull, & Fernández-Ballart, 2004), otros aspectos emocionales que pueden presentar datos sobre cómo van desarrollando la enfermedad son la presencia de ansiedad y depresión, ya que existe una marcada diferencia en su afectación si las padecen o no (Vallejo et al., 2014).

En ocasiones estudios médicos aportan información valiosa, por ejemplo, en España se estudiaron electrocardiogramas de pacientes con y sin fibromialgia y se demostró que quién padecía el trastorno encontraba

limitaciones en todas las áreas de su calidad de vida (Lledó et al., 2016).

Ante esta necesidad de tener un instrumento especializado y que sirviera de referencia para evaluar las afectaciones en la calidad de vida de las personas con fibromialgia surge el Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (Luciano, Aguado, Serrano-Blanco, Calandre, & Rodríguez-López, 2013), ya que aporta información fiable y válida de la evolución de la enfermedad (Angel, Martínez, & Saturno, 2016) a la par que evalúa la función física, la mejora global del paciente y otras implicaciones que afectan en su vida diaria.

Específicamente, los aspectos que considera este instrumento son: capacidad física, sentirse bien, la posibilidad de realizar alguna actividad laboral, ausencia laboral si es por causa de la fibromialgia, así como síntomas relacionados con la fibromialgia: dolor, fatiga, cansancio matutino, rigidez, ansiedad y depresión (Monterde, Salvat, Montull, & Fernández-Ballart, 2004). Sus respectivos ítems fueron seleccionados de las consultas clínicas con pacientes y tomaron como referencia otros instrumentos para poblaciones reumatológicas (Giovanazzi Retamal, Barraza López, & Díaz Zepeda, 2017).

En conjunto, la puntuación máxima posible de la escala es de 100, ante mayor puntuación mayor será el impacto de la fibromialgia detectado en el paciente (González-Ramírez, García-Campayo, & Landero-Hernández, 2011), así mismo entre más alto impacto de la fibromialgia, se espera mayor disminución en calidad de vida (Alok et al., 2014).

La escala también aporta un grado sobre la incapacidad que sienten los pacientes y que les impide seguir trabajando, aproximadamente entre el 25 y el 50% abandonan o pierden su empleo como repercusión de la enfermedad (Briones-Vozmediano, Ronda-Pérez, & Vives-Cases, 2015).

La discapacidad depende no solo de las limitaciones de una persona, sino también de la incapacidad de la sociedad para adaptar los entornos de trabajo y las tareas a la capacidad de un individuo (Liedberg & Björkb, 2014).

En un estudio con mujeres chilenas que padecen fibromialgia el 16,5% consideraba que el padecimiento había impactado de forma leve su calidad de vida, el 36,3% de manera moderada, el 40,7% de forma severa y el 6,6% consideraba el impacto como extremo (Giovanazzi Retamal, Barraza López, & Díaz Zepeda, 2017). En investigaciones que incluyen hombres se ha encontrado que ellos reportan mayor discapacidad, severidad de la enfermedad y más problemas psicológicos (León-Jiménez & Loza-Munarríz, 2015).

Se ha demostrado también que ante mayor impacto de la fibromialgia se presentan mayores síntomas psicopatológicos como ideación paranoide, somatización (Del Río, García, & Botella, 2014), ansiedad y depresión (Lami, Martínez, Miró, Sánchez, & Gustavo, 2018). Aunque en la fibromialgia no haya lesión estructural los pacientes sufren cambios estructurales y funcionales en el cerebro por la presencia de estrés psicológico y distorsiones cognitivas (Garaigordobil & Govillard, 2016).

Otra variable que se ha considerado en los estudios es el tiempo con el diagnóstico; se conoce que ante mayor cantidad de años con la enfermedad se reporta mayor impacto de la fibromialgia (Huang, Jones, Bennet, Nagayama, & Lyons, 2018), también las mujeres que no trabajan suelen informar una severidad del impacto significativamente más alta (Liedberg & Björkb, 2014).

Los estilos de afrontamiento también marcan relación con la variable de impacto en la calidad de vida (Burchhardt et al., 2001; Rodero et al., 2011).; se ha encontrado que las estrategias pasivas se asocian a mayor impacto y

las activas a menor, es decir que se relacionan con una mejor calidad de vida (López Riopedre, 2014).

CAPÍTULO III

MÉTODO

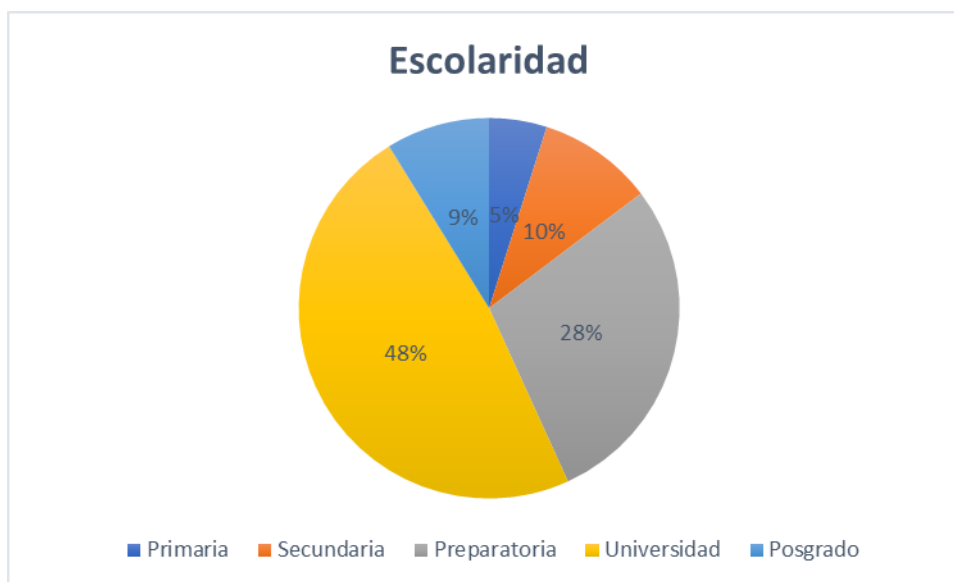
El objetivo del presente trabajo fue evaluar los niveles de ansiedad, depresión, los estilos de afrontamiento utilizados y el impacto de la fibromialgia que padecen las mujeres de la muestra y encontrar relaciones entre estas variables. Para realizar lo anterior se utilizó un diseño no experimental, exploratorio y correlacional de tipo transversal.

Participantes

La muestra fue de conveniencia y de tipo exploratoria. Se contó con la participación voluntaria de 102 mujeres mayores de edad con nacionalidad mexicana y con un diagnóstico médico de fibromialgia.

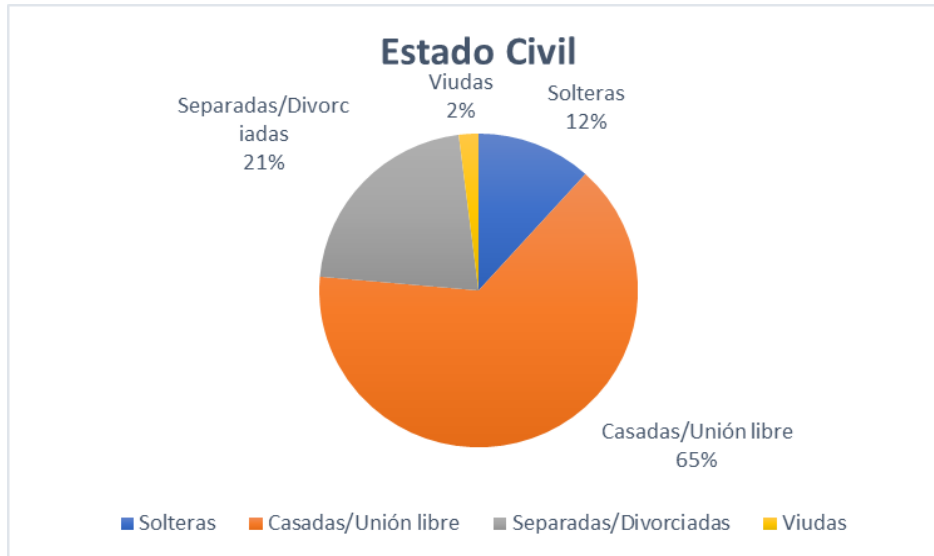
Las edades oscilaron entre los 19 y los 68 años con una media de 45.45 (DE 9.35), así mismo la escolaridad se distribuyó según la Figura 2.

Figura 2. Escolaridad de la muestra



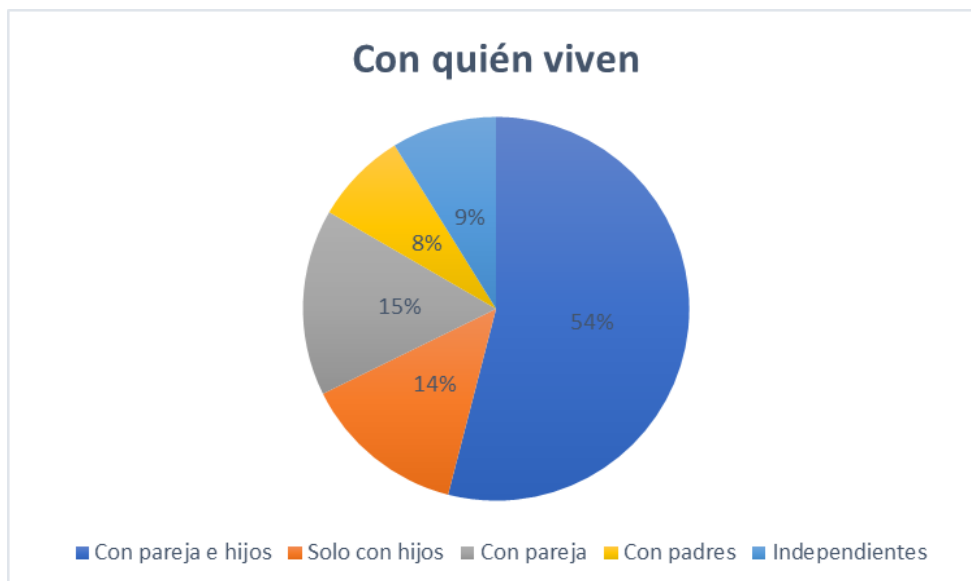
Información sobre el estado civil de la muestra se extiende en la Figura 3.

Figura 3. Estado civil de la muestra



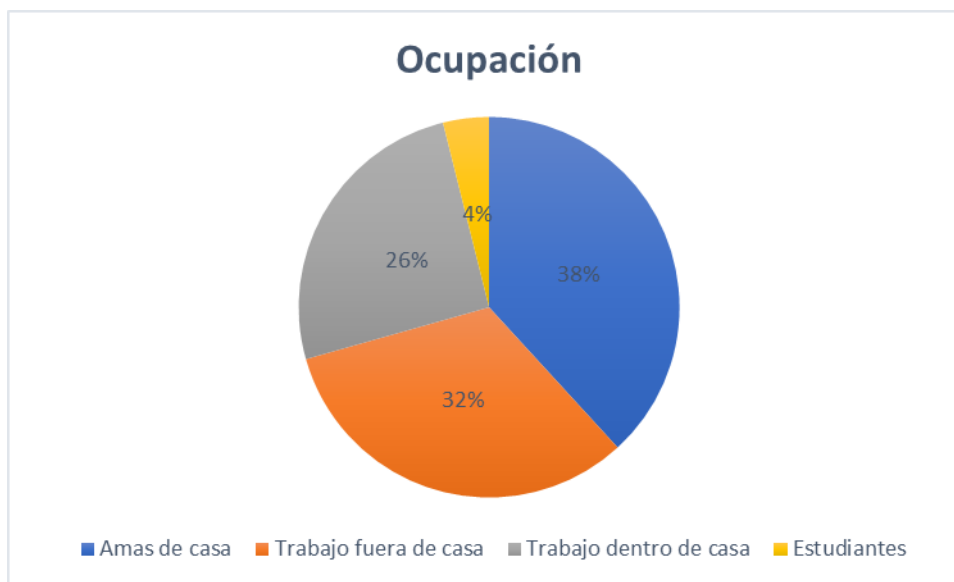
El 86.3% de las participantes reportó tener hijos, cuyo promedio es de 2. Respecto a con quienes viven las mujeres con fibromialgia de la muestra se encuentra información en la Figura 4.

Figura 4. Con quién vive la muestra



Respecto a la ocupación, la mayoría de las mujeres de la muestra son amas de casa, en la Figura 5 se muestra información detallada sobre la cantidad de mujeres que laboran actualmente y las que no. Es importante señalar que trabajar dentro de casa se refiere a actividades como venta de catálogo, trabajo virtual y/o renta de bienes.

Figura 5. Ocupación de la muestra



Las mujeres de la muestra reportaron que el tiempo que tardaron en obtener el diagnóstico de fibromialgia oscila entre 6 meses y 37 años con una media de 7.65 (DE 8.750) a pesar de tener entre 1 y 52 años con los síntomas.

Instrumentos de investigación

Cuestionario de impacto de la Fibromialgia (FIQ)

El instrumento original fue diseñado en lengua inglesa a finales de los años ochenta y publicado en 1991 por los doctores Carol Burckhardt, Sharon Clark y Robert Bennet del Instituto de Salud y Ciencia de la Universidad de Oregon. En ese tiempo la fibromialgia era aún menos estudiada que hoy en día, por lo que este instrumento fue pionero en investigaciones de este tema y por ende

ha acompañado y servido como referente a partir de ese momento. En el 2009 se publicó la versión revisada (American College of Rheumatology, 2011).

La versión traducida al español que se utilizó (ver Anexo 1) fue validada por Salgueiro et al. (2013), cuya confiabilidad es respaldada por un 0.91 en el coeficiente α de Cronbach, coeficiente que es similar a la versión revisada original (Luciano, Aguado, Serrano-Blanco, Calandre, & Rodríguez-López, 2013). Aunque no cuenta con validación en población mexicana ha sido utilizado en estudios sobre fibromialgia en México (Balducci, 2014). Así mismo es importante señalar que las cualidades cuando el instrumento se aplica en línea son muy similares a la versión papel según se ha estudiado (Mist & Jones, 2015). En el presente trabajo este cuestionario obtuvo un $\alpha = 0.755$, por lo que su confiabilidad es aceptable.

El tiempo promedio para el llenado de este instrumento es de aproximadamente 5 minutos (American College of Rheumatology, 2011) ya que se consta de 10 reactivos que miden: capacidad física, posibilidad para realizar actividades cotidianas, repercusiones sobre la actividad laboral, fatiga, cansancio, dolor, entre otros aspectos (Monterde, Salvat, Montull, & Fernández-Ballart, 2004). La puntuación máxima posible es de 100 puntos, ante mayor sea la cantidad de puntos obtenidos mayor será el impacto de la fibromialgia detectado en el paciente (González-Ramírez, García-Campayo, & Landero-Hernández, 2011).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

En 1983 Zigmond y Snaith diseñaron la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria con el fin de evaluar síntomas conductuales y cognitivos, exceptuando los somáticos, en la ansiedad y la depresión (Galindo Vázquez, Meneses García, Herrera Gómez, Caballero Tinoco, & Aguilar Ponce, 2015). Además, permite obtener una puntuación total de distrés, lo cual se obtendría

como sumatorio de todos los ítems de las subescalas de ansiedad y de depresión (Zafra-Polo, Pastor-Mira, & López-Roig, 2014).

Esta escala debe ser aplicada en poblaciones que padecen alguna enfermedad y que acuden con regularidad a ambientes hospitalarios y/o médicos (Nogueta Orozco, Pérez Terán, Barrientos Casarrubias, Robles García, & Sierra, 2013). Sus usos han sido principalmente en el área de cáncer y cardiología (Hinz et al., 2014), aunque también se ha utilizado y se recomienda en poblaciones con fibromialgia (Castel-Bernal, García-Bardón, & Tornero-Molina, 2006).

Para la presente investigación se utilizó la versión traducida y validada en español, realizada por Tejero, Guimerá, Farré & Peri (1986) (ver Anexo 2) misma que ha sido aplicada en población mexicana en un estudio con pacientes de VIH donde se obtuvo un α de 0.90 (Nogueta Orozco, Pérez Terán, Barrientos Casarrubias, Robles García, & Sierra, 2013). En la presente aplicación se presentó una fiabilidad similar, ya que el HADS arrojó $\alpha=.877$ en la escala general, $\alpha=.837$ en el constructo de ansiedad y $\alpha=.826$ en el de depresión.

La escala es auto aplicada con duración aproximada de 10 minutos, se compone de 14 ítems con opciones de respuesta tipo Likert que van del 0 al 3, por lo que tanto las subescalas de ansiedad y la de depresión oscilan entre los puntajes de 0 a 21. “Los puntos de corte de cero a siete implican la ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente relevante, de ocho a diez que requiere consideración y del 11 al 21 la presencia de sintomatología relevante y un probable caso de ansiedad y/o depresión” (Nogueta Orozco, Pérez Terán, Barrientos Casarrubias, Robles García, & Sierra, 2013, pág. 31).

Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD-R)

Para estudiar las estrategias predilectas por las cuales las personas con dolor crónico enfrentan sus problemas, en el 2002 Soriano y Monsalve crearon el instrumento “Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD)” en español, dos años después los mismos autores crean la versión revisada y reducida donde eliminan los 7 ítems con menor carga factorial por lo que el cuestionario queda en 24 ítems en formato Likert y es autoadministrado (Ugarte Prepolec, 2017).

El CAD-R se compone por seis dimensiones, que vendrían a ser los diferentes estilos de afrontamiento: distracción ($\alpha=.77$), búsqueda de información ($\alpha=.74$), autocontrol mental ($\alpha=.80$), autoafirmación ($\alpha=.80$), religión ($\alpha=.94$) y catarsis ($\alpha=.75$). Las primeras cuatro estrategias se consideran por los autores como de tipo activas y las dos últimas de tipo pasivas (Soriano & Monsalve, 2004).

Dicha escala fue adaptada a la población peruana en el 2017 por un grupo de psicolingüistas y por ende se modificaron algunas palabras para facilitar la comprensión de la escala; debido a que la población mexicana es también latina se utilizó esta adaptación para el presente estudio (ver Anexo 3), es importante señalar que la confiabilidad de los constructos fue favorable con estas adaptaciones ya que se obtuvieron puntuaciones desde $\alpha= 0.74$ a 0.95 respectivamente (Ugarte Prepolec, 2017). El CAD y el CAD-R ya han sido utilizados en estudios que evalúan el dolor crónico específicamente en casos de fibromialgia (Josune et al., 2013; Soucase, Monsalve, Soriano, & de Andrés, 2004).

En el presente trabajo el instrumento general arrojó un $\alpha=.885$, lo cual indica una buena confiabilidad. Por los diferentes estilos de afrontamiento se obtuvieron diferentes alfas: búsqueda de información ($\alpha=.738$), autocontrol mental ($\alpha=.747$), autoafirmación ($\alpha=.915$), distracción ($\alpha=.704$), religión ($\alpha=.938$) y catarsis ($\alpha=.824$).

Ficha de datos sociodemográficos

Se incluyen los siguientes datos: edad, estado civil, último grado de estudios completados, número de hijos, con quién vive, ocupación actual, años con síntomas, años con diagnóstico y tratamiento.

Procedimiento

Diseño utilizado

Estudio no experimental, transversal y exploratorio.

Recolección de Datos

Debido a la inaccesibilidad y baja frecuencia de pacientes con fibromialgia se buscó el acceso a estos pacientes mediante la técnica bola de nieve, comenzando con médicos particulares, clínicas del dolor, asociaciones civiles y grupos de apoyo virtuales. La aplicación fue virtual y auto aplicada mediante la plataforma Google Forms.

Análisis de Datos

Para el análisis de los datos se utilizará el programa SPSS Statistics Versión 24, en el cual se vaciarán los datos. Posteriormente se realizará la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov para saber si los datos son paramétricos o no paramétricos. Ya con este dato se procederán a realizar los análisis estadísticos correspondientes y anteriormente descritos según cada objetivo.

Aspectos éticos

La participación de la muestra fue voluntaria y se añadió un consentimiento informado donde se promovió explícitamente la libre determinación y autonomía de las pacientes que contestaron las diversas pruebas (Chávez Ventura, Cruz Espinoza, & Grimaldo Muchotrigo, 2014). En este consentimiento se incluyó que si por cualquier motivo las participantes deseaban abandonar el estudio estaban en su total derecho de hacerlo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

El primer análisis estadístico realizado fue la prueba de normalidad según Kolmogorov-Smirnov en todas las variables contempladas en el presente trabajo. En la tabla 3 se aprecia que la mayoría de éstas cuentan con una significancia menor a .050, por ende, se rechaza la normalidad y se recomienda el uso de pruebas no paramétricas al momento de evaluar el cumplimiento de los objetivos de investigación.

Tabla 3. Pruebas de normalidad según Kolmogorov-Smirnov

Variable	Estadístico	Grados de libertad	Significancia
Edad	.078	102	.133
Número de Hijos	.227	102	.000
Años con los síntomas	.188	102	.000
Años con el diagnóstico	.186	102	.000
Tiempo sin diagnóstico	.227	102	.000
Edad al comienzo de los síntomas	.091	102	.036
Edad al diagnóstico	.070	102	.200
Búsqueda de información	.104	102	.008
Autocontrol mental	.113	102	.003
Autoafirmación	.158	102	.000
Distracción	.129	102	.000
Religión	.176	102	.000
Catarsis	.123	102	.001
Afrontamiento activo	.073	102	.200
Afrontamiento pasivo	.139	102	.000
Depresión	.091	102	.026
Ansiedad	.089	102	.044
Impacto de la fibromialgia	.091	102	.035

Siendo el primer objetivo identificar los estilos de afrontamiento que utilizan las mujeres con fibromialgia se realizó una media en las puntuaciones totales de cada uno de los estilos de afrontamiento y tal como se observa en la Tabla 4 el estilo con mayor puntuación, y por ende el más utilizado es el de autoafirmación. Le siguen en uso: distracción, religión y autocontrol mental. Los estilos menos utilizados son catarsis y búsqueda de información.

. Tabla 4. Estilos de afrontamiento más utilizados por las mujeres de la muestra

Estilo de afrontamiento	Media	Desviación estándar
Búsqueda de información	8.75	3.545
Autocontrol mental	8.88	3.358
Autoafirmación	14.09	4.830
Distracción	10.89	3.472
Religión	8.97	4.964
Catarsis	8.40	3.621

Para describir los niveles de depresión, ansiedad e impacto de la fibromialgia de la muestra, que es el segundo objetivo de la investigación, se calculó la frecuencia de sus categorías según sus respectivos puntos de corte.

En la Tabla 5 se observa que el nivel de depresión más común de la muestra es el estado relevante, con un 45.1%. El resto de la población se divide entre depresión considerable y ausencia de depresión. Otra manera de analizar esta variable es que el 72.5% de la muestra presenta algún nivel de depresión.

. Tabla 5. Niveles de depresión, según categorías, reportados por la muestra

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ausencia de depresión	28	27.5	27.5
Depresión considerable	28	27.5	54.9
Depresión relevante	46	45.1	100
Total	102	100	

Respecto a la variable de ansiedad, ésta se encuentra más presente en la población estudiada ya que un 84.3% de la muestra cuenta con algún nivel de ansiedad. Un 63.7% se encuentran en la categoría de ansiedad relevante y un 20.6% en considerable, tal como se muestra en la Tabla 6.

. Tabla 6. Niveles de ansiedad, según categorías, reportados por la muestra

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ausencia de ansiedad	16	15.7	15.7
Ansiedad considerable	21	20.6	36.6
Ansiedad relevante	65	63.7	100
Total	102	100	

Como se esperaba, la mayoría de la población reportó un impacto alto de la fibromialgia en su vida (86.3%) y solo un 2% reportó un impacto leve, tal como se señala en la Tabla 7.

. Tabla 7. Niveles del impacto de la fibromialgia, según categorías, reportados por la muestra

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Impacto leve	2	2.0	2.0
Impacto moderado	12	11.8	13.7
Impacto alto	88	86.3	100
Total	102	100	

Al analizar la relación entre los estilos de afrontamiento activo y pasivo con los niveles de ansiedad y depresión presentados por la muestra, que es el tercer objetivo de investigación, se encontró una relación significativa negativa entre la depresión y el afrontamiento pasivo. El afrontamiento activo no se correlacionó con ninguna variable. La información detallada sobre este análisis se encuentra en la Tabla 8.

Tabla 8. Correlaciones bivariadas mediante el coeficiente Rho de Spearman entre estilos de afrontamiento, ansiedad y depresión

	Afrontamiento activo	Afrontamiento pasivo	Ansiedad	Depresión
Afrontamiento activo	1			
Afrontamiento pasivo	.536**	1		
Ansiedad	-.009	-.040	1	
Depresión	-.176	-.219*	.563**	1

Nivel de significancia: *p<.05 **p<.01

Respecto al cuarto objetivo de investigación, que busca si existe relación entre el impacto de la fibromialgia y los estilos de afrontamiento no se encontró relación alguna, tal cual se puede observar en la Tabla 9.

Tabla 9. Correlaciones bivariadas mediante el coeficiente Rho de Spearman entre estilos de afrontamiento e impacto de la fibromialgia

	Afrontamiento activo	Afrontamiento pasivo	Impacto de la fibromialgia
Afrontamiento activo	1		
Afrontamiento pasivo	.536**	1	
Impacto de la fibromialgia	.159	.025	1

Nivel de significancia: *p<.05 **p<.01

Finalmente el quinto objetivo busca establecer la relación entre la puntuación del impacto de la fibromialgia con los niveles de ansiedad y depresión presentados por la muestra. En la Tabla 10 se observa que todas estas variables se correlacionan de manera significativa y positiva.

Tabla 10. Correlaciones bivariadas mediante el coeficiente Rho de Spearman entre niveles de ansiedad y depresión con el impacto de la fibromialgia

	Ansiedad	Depresión	Impacto de la fibromialgia
Ansiedad	1		
Depresión	.563**	1	
Impacto de la fibromialgia	.557**	.462**	1

Nivel de significancia: *p<.05 **p<.01

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A continuación, se analizarán los resultados obtenidos en cada uno de los objetivos de investigación. Respecto a las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las pacientes con fibromialgia mexicana se encontró que fueron la autoafirmación y la distracción. Otros estudios que utilizaron el mismo instrumento en la misma población, pero de diferentes países reportan otros resultados. Por ejemplo, en Madrid, España: Las estrategias más utilizadas fueron distracción, autocontrol mental y búsqueda de información (García Gamo, 2015), en Valencia, España fueron la autoafirmación, búsqueda de información y religión (Soucase, Monsalve, Soriano, & de Andrés, 2004). En Perú se ha aplicado en pacientes con dolor crónico y se reportaron como estrategias preferidas la autoafirmación, religión y búsqueda de información. (Ugarte Prepolec, 2017). Las razones por las cuales existen diferencias entre los estilos de afrontamiento podrían deberse a cuestiones culturales como la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes, la accesibilidad a un tratamiento digno, así como las regulaciones laborales sobre incapacidad y ausentismo de cada país (Kuppens et al., 2016).

Respecto a la medición de las variables psicológicas del presente estudio se encontraron afectaciones superiores en comparación con otras poblaciones ya que las pacientes mexicanas reportan niveles de ansiedad, depresión e impacto de la fibromialgia más altos que otras nacionalidades. Estudios españoles que utilizaron el HADS reportan que 63.8% de las pacientes tenían ansiedad y un 53.2% depresión comparado con el 84.3% y el 72.5% de las mexicanas respectivamente (Mur Martí, Llordés Llordés, Custal Jordà, López Juan, & Martínez Pardo, 2016). Respecto al impacto de la fibromialgia las mujeres españolas reportaron un promedio de 61.2 y holandesas 54.9 comparado con el 74.1 de las mexicanas (Ruiz-Montero et al., 2015). Es importante considerar la alta diferencia existente, misma podría justificarse

desde el momento en que las pacientes comienzan a presentar los síntomas y buscan llegar a un diagnóstico, ya que en países más desarrollados las pacientes suelen tomar un papel más activo para lograr acceder a él en comparación con otros lugares donde aún se deslegitima este diagnóstico por falta de información y el acceso a un diagnóstico certero se torna más complicado (Bidari, Ghavidel, & Ghalehbaghi, 2018).

Al buscar las relaciones entre los estilos de afrontamiento activo y pasivo con las variables de ansiedad y depresión se obtuvieron resultados no esperados. Ya que las estrategias activas se conforman por acciones y tácticas que el paciente realiza para funcionar a pesar de su dolor (Orozco-Gómez et al., 2016), las mismas se consideran más adaptativas (Ruiz et al., 2015) y suelen relacionarse de manera negativa con las variables de ansiedad y depresión (Soriano & Monsalve, 2004; Ambriz, 2013; Baastrup et al., 2016). No obstante, en el presente estudio la única relación significativa encontrada fue entre las estrategias de afrontamiento pasivo, religión y catarsis, de manera negativa con la depresión. Es decir que ante mayor uso de estrategias pasivas de afrontamientos se reporta un nivel más bajo de depresión, lo cual no va acorde a la teoría de los estilos de afrontamiento (Soriano & Monsalve, 2002). alguna explicación podría ser que específicamente la religiosidad se ha relacionado de manera negativa con la depresión en otros estudios latinoamericanos (Pérez, Sandino & Gómez, 2005).

De igual manera no se predijo una relación significativa entre cualquier estilo de afrontamiento con el impacto de la fibromialgia. A nivel correlacional en un estudio similar tampoco se encontró relación significativa entre el índice general de calidad de vida y las estrategias de afrontamiento al dolor. (Soucase, Monsalve, Soriano, & de Andrés, 2004).

Las variables que sí se relacionan entre sí son la ansiedad, la depresión y el impacto de la fibromialgia, lo cual se esperaba ya que se ha demostrado que ante un mayor impacto de la fibromialgia se presentan mayores síntomas

psicopatológicos como ideación paranoide, somatización (Del Río, García, & Botella, 2014), ansiedad y depresión (Lami, Martínez, Miró, Sánchez, & Gustavo, 2018).

Como estudio exploratorio esta tesis cumple sus objetivos iniciales, el ir creando un perfil sobre las pacientes con fibromialgia nacionales y conocer cómo se encuentran a nivel emocional. En conclusión, la mujer mexicana con fibromialgia reporta más ansiedad, depresión e impacto de la enfermedad que las mujeres con características sociodemográficas similares que viven en otros países, como parte de las recomendaciones sobre estudios futuros en esta línea sería analizar de manera más profunda y cualitativa cuales serían las razones para que esto ocurriera. Además con los resultados obtenidos se reafirma que la fibromialgia es una enfermedad física que desencadena graves consecuencias psicológicas y sociales, en este caso la presencia de depresión, ansiedad y cambios considerables en la calidad de vida de las pacientes; por ende, es un tema en el cual la psicología de la salud y la psicología social tienen mucho que aportar, principalmente en cuestiones de apoyo familiar y social.

Sobre las limitaciones del estudio, la principal fue el difícil acceso a la muestra, lo cual no permitió que se obtuviera una muestra más representativa y se trabajó estadísticamente con una población pequeña ($n=102$). Por motivos similares los únicos dos varones que contestaron los instrumentos no pudieron ser considerados para análisis comparativos ya que eran una minoría en comparación con las pacientes del sexo femenino.

Se sugiere así mismo ampliar la muestra y considerar otras variables de investigación interesantes y nuevas como la personalidad de las pacientes con fibromialgia, aspectos familiares y/o laborales de estas mujeres, así como una comparación sobre cómo se afronta este doloroso padecimiento respecto al sexo del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, F., Capitán de la Cruz, V., & León, F. (2016). Conocimientos de fibromialgia en médicos de atención primaria de la provincia de Chiclayo-Perú, 2016. *Reumatología clínica*, 963, 1-5. doi: 10.1016/j.reuma.2016.08.005
- Albanese, M. (Octubre de 2013). Fibromialgia: nuevos criterios para su diagnóstico. *Tendencias en medicina*, 43, 99-106.
- Alok, R., Kumar Das, S., Agarwal, G., Chand Tiwari, S., Salwahan, L., & Srivastava, R. (2014). Problem-Focused Coping and Self-efficacy as Correlates of Quality of Life and Severity of Fibromyalgia in Primary Fibromyalgia Patients. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 20(6), 314-316. doi: 10.1097/RHU.0000000000000130
- Alvarado-Moreno, J., Montenegro-Díaz, K., León-Jiménez, F., & Díaz-Vélez, C. (2014). Asociación entre Depresión-Ansiedad y el Síndrome de Fibromialgia en 3 centros asistenciales de Lambayeque, Perú, 2011 - 2012. *Revista Médica Risaralda*, 20(2), 75-79. doi: 10.22517/25395203.8433
- Amaya-Ropero, M. C., & Carrillo-González, G. M. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-474. doi:10.5294/aqui.2015.15.4.2
- Ambriz, Y. (2013). *Impacto en la función física y calidad de vida relacionada a la salud en una cohorte de pacientes con fibromialgia del Hospital General de México*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- American College of Rheumatology. (2011). *Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)*. Obtenido de American College of Rheumatology: <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Rheumatologist/Research/Clinician-Researchers/Fibromyalgia-Impact-Questionnaire-FIQ>
- American Psychological Association. (2014). *Pursuing a Career in Health Psychology*. Obtenido de American Psychological Association: <http://www.apa.org/action/science/health/education-training.pdf>

- Amigot, P., & Llombart, M. (2015). Desmedicalización de la experiencia de dolor en mujeres: usos de plataformas virtuales y procesos de agenciamiento subjetivo. *Universitas Psychologica*, 14(5), 1551. doi: 10.11144/Javeriana.upsy14-5.dedm
- Angel, D., Martínez, I., & Saturno, P. (2016). Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática. *Reumatología clínica*, 12(2), 65–71.
- Aréchiga-Ornelas, G. (2004). Fibromialgia: una enfermedad silenciosa. *Anestesia en México*, 16(4). doi: 10.1016/j.reuma.2015.06.001
- Ascencio, L., Hernández, P., & Sandoval, M. (2000). La psicología de la salud en la clínica del dolor: Presentación de un caso. *Revista del Hospital Juárez de México*, 67(2), 100-102.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, D. C.: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Baastруп, S., Schultz, R., Brodsgaard, Inger, Moore, R., Vase, L., . . . Gormsen, L. (2016). A comparison of coping strategies in patients with fibromyalgia, chronic neuropathic pain, and pain-free controls. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(6), 1-7. doi: 10.1111/sjop.12325
- Balducci, T. (2014). *Reconocimiento de emociones a través de la expresión facial y alexitimia en mujeres con fibromialgia*. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, México.
- Becerra, J. (2016). Factores explicativos del funcionamiento en memoria en pacientes con síndrome de fibromialgia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(2), 189-202.
- Beltrán-Carrillo, V., Tortosa-Martínez, J., Jennings, G., & Sánchez, E. (2013). Contributions of a Group-Based Exercise Program for Coping with Fibromyalgia: A Qualitative Study Giving Voice to Female Patients. *Women & Health*, 53(201), :612–629. doi: 10.1080/03630242.2013.819399.
- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista PUCE*, 105, 171-188.
- Bernik, M., Sampaio, T., & Garandela, L. (2013). Fibromyalgia Comorbid with Anxiety Disorders and Depression: Combined Medical and

- Psychological Treatment. *Current Pain Headache Reports*, 17(358), 1-9. doi: 10.1007/s11916-013-0358-3
- Berrocal-Kasay, A. (2014). Fibromialgia: Un diagnóstico que debe ser oportuno. *Revista Médica Herediana*, 25, 93-97.
- Biccheri, E., Roussiau, N., & Mambet-Doue, C. (2016). Fibromyalgia, Spirituality, Coping and Quality of Life. *J Relig Health* (2016), 55, 1189–1197. doi: 10.1007/s10943-016-0216-9
- Bidari, A., Ghavidel, B., & Ghalehbaghi, B. (2018). Challenges in fibromyalgia diagnosis: from meaning of symptoms to fibromyalgia labeling. *The Korean Journal of Pain*, 31(1), 147–154. doi:10.3344/kjp.2018.31.3.147]
- Briones-Vozmediano, E., Ronda-Pérez, E., & Vives-Cases, C. (2015). Percepciones de pacientes con fibromialgia sobre el impacto de la enfermedad en el ámbito laboral. *Atención Primaria*, 47(4), 205-212. doi: 10.1016/j.aprim.2014.06.002
- Bonete-Llácer, J.M., Rico-Gomis, J.M., Jiménez-Abril, J., Martínez-Hortelano, A., García-Marín, P., Bautista-Ortuño, R. (2016). Fibromyalgia and mental health. *prevalence* analysis and comorbidities. *C. Med. Psicosom*, Nº 119.
- Bucourt, E., Martailié, V., Mulleman, D., Goupille, P., Joncker-Vannier, I., Huttenberger, B., . . . Courtois, R. (2017). Comparison of the Big Five personality traits in fibromyalgia and other rheumatic diseases. *Joint Bone Spine*, 84, 203-207. doi: 10.1016/j.jbspin.2016.03.006
- Burckhardt, C., Clark, S., & Bennett, R. (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: developed and validation. *J Rheumatol*, 18, 728-33.
- Cabrera, V., Martín-Aragón, M., Terol, M., Núñez, R., & Pastor, M. (2015). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Terapia Psicológica*, 33(3), 181-193. doi: 10.4067/S0718-48082015000300003
- Calvo, A. (2015). Fibromialgia. *Revista Médica Herediana*, 26, 139-140.
- Cánovas, R., Carrascosa, A., García, M., Fernández, M., Calvo, A., & Monsalve, V. S. (2017). Impact of Empathy in the Patient-Doctor Relationship on Chronic Pain Relief and Quality of Life: A Prospective Study in Spanish Pain Clinics. *Pain Medicine* 2017, 1-11. doi: 10.1093/pm/pnx160
- Castel-Bernal, B., García-Bardón, V. d., & Tornero-Molina, J. (2006).

- Evaluación psicológica en el dolor crónico. *Reumatología Clínica*, 2(1), 44-49. doi: 10.1016/S1699-258X(06)73082-0
- Chávez Ventura, G., Cruz Espinoza, H., & Grimaldo Muchotrigo, M. (2014). El consentimiento informado en las publicaciones latinoamericanas de Psicología. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(2), 345-359. doi: 10.12804/apl32.2.2014.12
- Chen, J., & McKenzie-Brown, A. M. (2015). The Epidemiology and Prevalence of Fibromyalgia (FMS). En E. Lawson, & M. S. Wakace, *Fibromyalgia: Clinical Guidelines and Treatments* (págs. 1-21). Suiza: Springer.
- Colmenares, T. (2013). *Experiencias del padecer fibromialgia y sus implicaciones socioculturales en el marco del proceso biocultural de salud-enfermedad-atención, en un grupo de pacientes del hospital general de México y consulta privada*. Tesis, Universidad Autónoma de México, Posgrado en Antropología, México.
- Covarrubias-Gómez, A., & Carrillo-Torres, O. (2016). Actualidades conceptuales sobre fibromialgia. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39(1), 58-63.
- Dagnino, J. (1994). Definiciones y clasificaciones del dolor. *ARS Médica*, 23(3), 1-5. doi: 10.11565/arsmed.v23i3.1034
- Del Río, E., García, A., & Botella, C. (2014). Calidad de vida en fibromialgia: influencia de factores físicos y psicológicos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 22(1), 19-35.
- Di Venere, D., Corsalini, M., Stefanachi, G., Tafuri, S., De Tommaso, M., Cervinara, F., . . . Pettini, F. (2015). Quality of Life in Fibromyalgia Patients with Craniomandibular Disorders. *The Open Dentistry Journal*, 9, 9-14. doi: 10.2174/1874210601509010009
- Díaz Robredo, L., & Robles Sánchez, J. (2014). ¿Es la Fibromialgia un trastorno depresivo con síntomas somáticos o es un síndrome de sensibilización central con comorbilidad depresiva? *Sanidad Militar*, 70(2), 76-87. doi: 10.4321/S1887-85712014000200003
- Duque, D. (2014). *Correlación entre el funcionamiento familiar en crisis, los mecanismos de afrontamiento personal y la presencia de depresión en pacientes con fibromialgia de la UMF N 20*. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina.
- El-Shormilisy, N., Strong, J., & Meredith, P. (2015). Associations among

- gender, coping patterns and functioning for individuals with chronic pain: A systematic review. *Pain Research & Management*, 20, 48-55. doi: 10.1155/2015/490610
- Flórez-Donado, J., Ossa-Sierra, J., Castro, A., Noreña, M., Sánchez-Fuentes, M., & Mejía, E. (2018). Depresión y ansiedad ante toma de decisiones, aislamiento existencial, muerte y carencia de sentido vital en religiosos y no religiosos. *Espacios*, 39(5), 15.
- Galindo Vázquez, Ó., Meneses García, A., Herrera Gómez, Á., Caballero Tinoco, M., & Aguilar Ponce, J. (2015). Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2-3), 383-392. doi: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51016
- Garaigordobil, M., & Govillard, L. (2013). Fibromialgia: Discapacidad funcional, autoestima y perfil de personalidad. *Información psicológica*, 106, 4-16. doi: dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2014.106.1
- Garaigordobil, M., & Govillard, L. (2016). Síntomas psicopatológicos en personas con Fibromialgia: Una reflexión. *Interdisciplinaria*, 33(2), 355-374.
- García Gamo, M. (2015). *Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento e impacto en la calidad de vida en mujeres con Fibromialgia*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas ICAI- ICADE.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Quiceno, J., Martínez, K., Yépez, M., Echevarría, C., . . . Pineda, R. (2006). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y Salud*, 16(2), 129-138.
- Gelves, M., Barceló, E., Orozco, E., Román, N., & Allegri, R. (2017). Síntomas afectivo-conductuales y estrategias de afrontamiento del dolor en pacientes con Fibromialgia (FM). *Revista Científica Salud Uninorte*, 33(3). doi:10.14482/sun.33.3.10894
- Gencay-Can, A., & Suleyman Can, S. (2012). Temperament and character profile of patients with fibromyalgia. *Rheumatology International*, 32, 3957–3961. doi: 10.1007/s00296-011-2324.
- Giovanazzi Retamal, S., Barraza López, R., & Díaz Zepeda, L. (2017). Estudio correlacional sobre funcionamiento familiar y severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena. *Redes Digital*, 35,

53-68.

- González González, J., del Teso Rubio, M., Waliño Paniagua, C. N., Criado-Alvarez, J. J., & Sánchez Holgado, J. (2015). Tratamiento sintomático y del dolor en fibromialgia mediante abordaje multidisciplinar desde Atención Primaria. *Reumatología clínica*, 11(1), 22-26. doi: 10.1016/j.reuma.2014.03.005
- González, J., López-López, A., Alonso-Fernández, M., Matías-Pompa, B., & Ciudad, N. (2015). Sources of stress and recovery as concurrent predictors of the affect balance of patients with fibromyalgia. *Psychological Reports: Disability & Trauma*, 117(3), 656-673. doi: 10.2466/15.20.PR0.117c29z0
- González-Ramírez, M. T., & Landero-Hernández, R. (2010). Evaluación del estrés y el impacto de la fibromialgia después de autoaplicar técnicas cognitivo-conductuales. *Psicología desde el Caribe*.(26), 119-124.
- González-Ramírez, M. T., García-Campayo, J., & Landero-Hernández, R. (2011). El papel de la teoría transaccional del estrés en el desarrollo de la fibromialgia: un modelo de ecuaciones estructurales. 39(2), 81-87 doi: 10.14482/sun.33.3.10894.
- Gota, C., Kaouk, S., & Wilke, W. (2015). The impact of depressive and bipolar symptoms on socioeconomic status, core symptoms, function and severity of fibromyalgia. *International Journal of Rheumatic Diseases*. doi: 10.1111/1756-185X.12603
- Herrera Chávez, J. (2013). *Entrevista psicológica y fibromialgia*. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Hinz, A., Finck, C., Gómez, Y., Daig, I., Glaesmer, H., & Singer, S. (2014). Anxiety and depression in the general population in Colombia: reference values of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 41-49. doi: 10.1007/s00127-013-0714-y
- Horwood, S., Anglim, J., & Tooley, G. (2016). Statistically Modelling the Relationships between Type D Personality and Social Support, Health Behaviors and Symptom Severity in Chronic Illness Groups. . *Psychology & Health*. doi: 10.1080/08870446.2016.1167209
- Huang, E., Jones, K., Bennet, R., Nagayama, G., & Lyons, K. (2018). The role of spousal relationships in fibromyalgia patients' quality of life.

- Psychology, Health & Medicine*, 1-9. doi: 10.1080/13548506.2018.1444183
- INEGI. (2015). *Número de habitantes: Nuevo León*. Obtenido de Información de México para niños: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/nl/poblacion/>
- Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel. (2014). *¿Qué es la fibromialgia? Esenciales: hojas informativas de fácil lectura*. Obtenido de NIH: https://www.niams.nih.gov/portal_en_espanol/Informacion_de_salud/Fibromialgia/fibromyalgia_ff_espanol.pdf
- Investigación y Tratamiento en Fibromialgia. (16 de Diciembre de 2016). *¿Sabías que...? Ciudad de México, México*.
- Järemo, P., Arman, M., Gerdle, B., Larsson, B., & Gottberg, K. (2017). Illness beliefs among patients with chronic widespread pain - associations with self-reported health status, anxiety and depressive symptoms and impact of pain. *BMC Psychology*, 5(24). doi: 10.1186/s40359-017-0192-1
- Josune, M., Torre, F., Padierna, A., Aguirre, U., González, N., Matellanes, B., & Quintana, J. (2013). Interdisciplinary Treatment of Patients with Fibromyalgia: Improvement of Their Health-Related Quality of Life. *Pain Practice*, 14(8), 721-731. doi: 10.1111/papr.12134
- Kuppens, K., Neels, H., Van Wilgen, P., Roussel, N., Heyrman, A., Lambrecht, L., ... Nijs, J. (2016). Do illness perceptions in patients with fibromyalgia differ across countries? A Comparative study. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 23 (1-2), 13-20. doi:10.3109/10582452.2015.1132027
- Lami, M., Martínez, M., Miró, E., Sánchez, A., & Gustavo, M. (2018). Catastrophizing, Acceptance, and Coping as Mediators Between Pain and Emotional Distress and Disability in Fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1-13. doi: 10.1007/s10880-018-9543-1
- León-Jiménez, F., & Loza-Munarríz, C. (2015). Prevalencia de fibromialgia en el distrito de Chiclayo. *Rev Med Hered*. 2015, 26, 147-160.
- Liedberg, G., & Björkb, M. (2014). Symptoms of subordinated importance in fibromyalgia when differentiating working from non-working women.

- Work*, 48, 155-164. doi: 10.3233/WOR-131607
- Litt, M., & Tennen, H. (2015). What are the most effective coping strategies for managing chronic pain? *Pain Management*, 5(6), 403-406. doi: 10.2217/pmt.15.45
- Lledó, A., Fernández-Díez, E., Ángeles, M., López-Roig, S., Ibáñez Ballesteros, J., & Sorinas Nerín, J. (2016). Funcionamiento del sistema nervioso autónomo y estado de salud en la fibromialgia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 119-128. doi: 10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.15499
- López Gutiérrez, F., Sánchez Alonso, P., Ruiz Calatrava, L., & Hernández López, J. (2015). La Fibromialgia: Una enfermedad difícil de tratar. En J. Gázquez Linares, M. Pérez Fuentes, M. Molero Jurado, I. Mercader Rubio, & A. Barragán Martín, *Acercamiento multidisciplinar a la salud en el envejecimiento* (Vol. 3, págs. 307-312). Almería, Andalucía, España: Asociación Universitaria de Educación y Psicología.
- López Riopedre, A. (2014). *Estrategias de afrontamiento en la fibromialgia*. Universidad de Santiago de Compostela.
- Luciano, J., Aguado, J., Serrano-Blanco, A., Calandre, E., & Rodríguez-López, C. (Octubre de 2013). Dimensionality, Reliability, and Validity of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire in Two Spanish Samples. *Arthritis Care & Research*, 65(10), 1682–1689. doi: doi: 10.1002/acr.22034
- Luna, L., & Mejía, A. (2017). *Un estudio sobre la configuración subjetiva de la no maternidad*. Medellín: Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Maass, J. (2014). Los Trastornos ansiosos en el DSM-5. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 52(1), 50-54.
- Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista argentina de sociología*, 4(7), 99-118.
- Martín, J., Torre, F., Padierna, A., Aguirre, U., González, N., Matellanes, B., & Quintana, J. (2014). Impact of interdisciplinary treatment on physical and psychosocial parameters in patients with fibromyalgia: results of a randomised trial. *The International Journal of Clinical Practice*, 68(5), 618-627. doi: 10.1111/ijcp.12365
- Martínez, M., Sánchez, A., Miró, E., & Lami, M. (2015). Relationships Between Physical Symptoms, Emotional Distress and Pain Appraisal

- in Fibromyalgia: The Moderator Effect of Alexithymia. *The Journal of Psychology*, 149(2), 115–140. doi: 10.1080/00223980.2013.844673
- Martínez-Lavín, M. (2012). Fibromyalgia: When Distress Becomes (Un)sympathetic Pain. *Pain Research and Treatment*, 2012, 1-6. doi: 10.1155/2012/981565
- Maurel, S., Rodero, B., Lopez-del-Hoyo, Y., Luciano, J., Andres, E., Roca, M., . . . Garcia-Campayo, J. (2011). Correlational analysis and predictive validity of psychological constructs related with pain in fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 4. doi: 10.1186/1471-2474-12-4
- McInnis, O., Matheson, K., & Anisman, H. (2015). Living with the unexplained: coping, distress, and depression among women with chronic fatigue syndrome and/ or fibromyalgia compared to an autoimmune disorder. *Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal*, 27(6), 601-618. doi: 10.1080/10615806.2014.888060
- Mellado Miñarro, F. (2014). *Evidencia de las corrientes analgésicas en pacientes con fibromialgia*. Tesis, Universidad de Almería, Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia, España.
- Mist, S. M., & Jones, K. (2015). Psychometrics of Online Administration of Fibromyalgia Impact Questionnaire – Revised. *Arthritis Rheumatology*, 67(10). doi: 10.1186/ar2783
- Monsalve, V. (2010). Intervención psicológica en el tratamiento del dolor crónico. Una realidad necesaria. *INFOCOP*. doi: 10.1016/S0716-8640(14)70081-1
- Montemayor Pachur, E. E. (2016). *Trastornos de la personalidad en pacientes con fibromialgia y trastorno depresivo mayor. Estudio comparativo en pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, México.
- Monterde, S., Salvat, I., Montull, S., & Fernández-Ballart, J. (2004). Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología*, 31(9), 507-513.
- Montes Galdeano, F. L. (2012). Comunicación sanitaria con las mujeres afectadas por Fibromialgia. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 4(1), 43-53.
- Moyano, S., Kilstein, J. G., & Alegre de Miguel, C. (2015). Nuevos criterios

- diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse? *Reumatología Clínica*, 11(4), 210-214. doi: 10.1016/j.reuma.2014.07.008
- Mur Martí, T., Llordés Llordés, M., Custal Jordà, M., López Juan, G., & Martínez Pardo, S. (2016). Perfil de pacientes con fibromialgia que acuden a los centros de atención primaria en Terrassa. *Reumatología Clínica*, 1-6. doi: 10.1016/j.reuma.2016.05.008
- Noguera Orozco, M., Pérez Terán, B., Barrientos Casarrubias, V., Robles García, R., & Sierra, J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37.
- Nogueras A., Sosa J., & Calvo J. (2010). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con fibromialgia. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 23(3), 199-205.
- Offenbaecher, M., Kohls, N., Toussaint, L. L., Sigl, C., Winkelmann, A., Hieblinger, R., . . . Büssing, A. (2013). Spiritual Needs in Patients Suffering from Fibromyalgia. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 1-13. doi: 10.1155/2013/178547
- Olivares, J. (1995). Anhedonia: una revisión conceptual. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 15(52), 9-24.
- Orozco-Gómez, A., Villamil-Munévar, V., Matéus, L., Morales-Cruz, C., & Osorio-Noriega, R. (2016). Pain characteristics, coping strategies and its relation with the quality of life in patients with chronic pain diseases. *Salud & Sociedad*, 7(3), 240-252. doi: 10.22199/S07187475.2016.0003.00001
- Ovejero, P. (2017). Aportación del psicólogo dentro del Balneario en el tratamiento del Dolor Crónico. *Sociedad Española de Hidrología Médica*, 32(2), 187-194. doi: 10.23853/bsehm.2017.0407
- Pascual, A., & Caballo, C. (2017). Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enfermería Global*, 46, 281-294. doi: 10.6018/eglobal.16.2.243031
- Peña De León, E. (Junio de 2015). Pega fibromialgia a la productividad laboral. (R. Amezcua, Entrevistador) Ciudad de México, México: Capital México.
- Peñarroya, A., Ballús-Creus, C., & Pérez, J. (2011). Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo

- en función del tiempo de evolución del dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*, 18(2), 77-83.
- Pérez, A., Sandino, C., & Gómez, V. (2005). Relación entre depresión y práctica religiosa : un estudio exploratorio. *Suma psicológica*, 12(1). doi:10.14349/sumapsi2005.72
- Pérez Gordillo, N. (2014). *Coincidencias y Diferencias entre el Síndrome de Fatiga Crónica y Fibromialgia*. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.
- Pérez-Rincón, H. (2014). La anhedonia. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*, 4, 827-830. doi: 10.1590/1415-4714.2014v17n4p827.1.
- Revuelta, E., Segura, E., & Paulino, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(7), 326–332. doi: 10.1016/j.resed.2010.07.002
- Reyes Marigaños, D. (2016). *Estrés, depresión y ansiedad como factores asociados de la fibromialgia y sus repercusiones en la funcionalidad familiar*. Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón.
- Robles Díez, A. (2012). Fibromialgia y el contexto familiar. *Familia: Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 45, 35-51.
- Rodríguez Álvarez, J. (2015). *La resiliencia: Un recurso para el trabajo social en la atención integral de mujeres con fibromialgia*. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social, México.
- Ruiz, E., Palau, S., Giménez, C., & Ballester, R. (2015). Resiliencia y adaptación a la enfermedad en un grupo de pacientes con dolor crónico. *Ágora de Salut*, 1(21), 273-282. doi: 10.5231/psy.writ.2012.1001
- Ruiz-Montero, P., Van Wilgen, C., Segura-Jiménez, V., Carbonell-Baeza, A., & Delgado-Fernández, M. (2015). Illness perception and fibromyalgia impact on female patients from Spain and the Netherlands: do cultural differences exist? *Rheumatology International*, 35(12), 1985-1993.
- Sahar, K., Thomas, S., & Clarke, S. (2016). Adjustment to fibromyalgia: The role of domain-specific self-efficacy and acceptance. *Australian Journal of Psychology* 2016, 68, 29-37. doi: 10.1111/ajpy.12089
- Salgueiro, M., García-Leiva, J. M., Ballesteros, J., Hidalgo, J., Molina, R., & Calandre, E. (2013). Validation of a Spanish version of the Revised Fibromialgia Impact Questionnaire (FIQR). *Health and Quality of Life*

- Outcomes*, 11(132). doi: 10.1186/1477-7525-11-132.
- Sánchez Gómez, M. (2015). *Sexualidad y autoestima en personas con dolor crónico*. Tesis, Universitat Jaume I. , Departament de Psicologia Bàsica, Clínica i Psicobiologia, España.
- Sánchez Hernández, P. T. (2015). *Fibromialgia: relación entre el estrés crónico, depresión, procesos inflamatorios y dolor. Medición de la primera muestra al despertar de Cortisol y α -Amilasa Salivar*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Sánchez Villota, M. (2014). *Impacto Social y Familiar de la Fibromialgia*. Tesis de grado, Universidad Pública de Navarra, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, España.
- Sandoval Valerio, A. K. (2016). *Alteración de la percepción del funcionamiento familiar en pacientes con fibromialgia*. Tesis, Universidad Insurgentes, México.
- Sarró-Álvarez, S. (2002). Fibromialgia reumática: aspectos psiquiátricos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(6), 392-396.
- Simon, A. (2014). Estilos de apego adulto en una muestra española de fibromialgia: un estudio piloto transversal. *Dolor*, 29, 146-154. doi: 10.4067/S0718-48082015000300011
- Sirois, F., & Molnar, D. (2014). Perfectionism and Maladaptive Coping Styles in Patients with Chronic Fatigue Syndrome, Irritable Bowel Syndrome and Fibromyalgia/Arthritis and in Healthy Controls. *Psychother Psychosom*, 83, 384–385. doi: 10.1159/000365174
- Somers, T., Kelleher, S., Shelby, R., & Fisher, H. (2016). Understanding and Enhancing Pain Coping in Patients with Arthritis Pain. *Psychosocial Factors in Arthritis*, 35-52. doi: 10.1007/978-3-319-22858-7_3
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 13-22.
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2004). Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Rev Soc Esp Dolor* 2004, 11, 407-414.
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2017). CAD-R. Cuestionario de afrontamiento al dolor crónico: análisis factorial confirmatorio. ¿Hay diferencias individuales en sexo, edad y tipo de dolor? *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24(5), 224-233. doi: 10.20986/resed.2017.3558/2016

- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J., & de Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 11(6), 353-359.
- Taymur, I., Ozdel, K., Gundogdu, I., Efe, C., Gokcer Tulaci, R., & Kervancioglu, A. (2014). Personality-related core beliefs in patients diagnosed with bromyalgia plus depression: A comparison with depressed and healthy control groups. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(5), 386-391. doi: 10.3109/08039488.2014.990510
- Tejero, A., Guimerá, E., Farré, J. & Peri, J. (1986). Uso clínico del had (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 12, 233-238.
- Torres-Pascual, C. (2015). Meditación para el desarrollo de la conciencia interoceptiva en la percepción del dolor de la fibromialgia. *Medicina Naturista*, 9(2), 88-92.
- Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 110, 62-69.
- Triviño, Á., Solano, M., & Siles, J. (2014). La cronicidad de la fibromialgia. Una revisión de la literatura. *Enfermería Global*(35), 273-292.
- Ugarte Prepolec, V. F. (2017). *Comparación de las estrategias de afrontamiento ante el dolor entre adolescentes y adultos con enfermedades reumáticas de un Hospital de Lima Metropolitana*. Facultad de Psicología. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
- Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE. (2016). *Ficha técnica de la asignatura*. Obtenido de Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/10823/Gu%C3%ADa%20docente.pdf?sequence=1>
- Vallejo, M., Rivera, J., Esteve-Vives, J., Rodríguez-Muñoz, M., & ICAF. (2014). El cuestionario general de salud (GHQ-28) en pacientes con fibromialgia: propiedades psicométricas y adecuación. *Clínica y Salud*, 25, 105-110. doi: 10.1016/j.clysa.2014.06.005
- Van Middendorp, H., Kool, M. B., Van Beugen, S., Denollet, J., Lumley, M. A., & Geenen, R. (2015). Prevalence and relevance of Type D personality in fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 39, 66-72. doi:

10.1016/j.genhosppsy.2015.11.006

- Vásquez Quintero, L. (2017). *Representaciones sociales de la relación médico paciente en el proceso de afrontamiento de la fibromialgia*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana.
- Vázquez, A., & Vázquez, A. (2015). Factores psicosociales en pacientes con fibromialgia. *Multimed: Revista Médica Granma*, 19(5), 81-95.
- Vidal, J. (7 de Mayo de 2017). *Aspectos psicológicos del dolor*. Obtenido de Dolor.com: <https://www.dolor.com/aspectos-psicologicos-dolor.html>
- Villalobos Hernández, I. B. (2013). *Prevalencia de fibromialgia en mujeres pre y posmenopáusicas*. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., S. Katz, R., Mease, P., . . . Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research* , 62(5), 600 – 610. doi: 10.1002/acr.20140.
- Zafra-Polo, M. T., Pastor-Mira, M. A., & López-Roig, S. (Enero de 2014). Autoeficacia, Catastrofismo, Miedo al Movimiento y resultados de salud en la Fibromialgia. *Anales de psicología*, 30(1), 104-113. doi: 10.6018/analesps.30.1.151541
- Zigmond, A., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatr. scand.*, 67, 361-370.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario de impacto de la Fibromialgia (FIQ)

APÉNDICE 1. Cuestionario español de impacto de la fibromialgia: Spanish FIQ (S-FIQ)

Para las preguntas 1-3, señale la categoría que mejor describa sus habilidades o sentimientos durante la última semana. Si usted nunca ha realizado alguna actividad de las preguntadas, déjela en blanco.

1. ¿Usted pudo?	Siempre	La mayoría de las veces	Ocasionalmente	Nunca
Ir a comprar	0	1	2	3
Lavar la ropa usando la lavadora y la secadora	0	1	2	3
Preparar la comida	0	1	2	3
Lavar los platos a mano	0	1	2	3
Pasar la aspiradora por la alfombra	0	1	2	3
Hacer las camas	0	1	2	3
Caminar varios centenares de metros	0	1	2	3
Visitar a los amigos o a los parientes	0	1	2	3
Cuidar el jardín	0	1	2	3
Conducir un coche	0	1	2	3

2. De los 7 días de la semana pasada, ¿cuántos se sintió bien?
0 1 2 3 4 5 6 7

3. ¿Cuántos días de trabajo perdió la semana pasada por su fibromialgia?
(si no trabaja fuera de casa, no conteste esta pregunta)
0 1 2 3 4 5 6 7

Para las preguntas 4-10, marque en la línea el punto que mejor indique cómo se sintió usted la última semana

4. Cuando trabajó, ¿cuánto afectó el dolor u otros síntomas de la fibromialgia a su capacidad para trabajar?

No tuve problemas Tuve grandes dificultades

5. ¿Hasta qué punto ha sentido dolor?

No he sentido dolor He sentido un dolor muy intenso

6. ¿Hasta qué punto se ha sentido cansado?

No me he sentido cansado Me he sentido muy cansado

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por la mañana?

Me he despertado descansado Me he despertado muy cansado

8. ¿Hasta qué punto se ha sentido agarrotado?

No me he sentido agarrotado Me he sentido muy agarrotado

9. ¿Hasta qué punto se ha sentido tenso, nervioso o ansioso?

No me he sentido nervioso Me he sentido muy nervioso

10. ¿Hasta qué punto se ha sentido deprimido o triste?

No me he sentido deprimido Me he sentido muy deprimido

ANEXO 2

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

El siguiente cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda.
Lea cada pregunta y marque la que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.
No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3) Casi todo el día ☐ 2) Gran parte del día ☐ 1) De vez en cuando ☐ 0) Nunca ☐

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0) Ciertamente igual que antes ☐ 1) No tanto como antes ☐ 2) Solamente un poco ☐ 3) Ya no disfruto con nada ☐

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3) Sí, y muy intenso ☐ 2) Sí, pero no muy intenso ☐ 1) Sí, pero no me preocupa ☐ 0) No siento nada de eso ☐

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0) Igual que siempre ☐ 1) Actualmente algo menos ☐ 2) Actualmente mucho menos ☐ 3) Actualmente en absoluto ☐

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3) Casi todo el día ☐ 2) Gran parte del día ☐ 1) De vez en cuando ☐ 0) Nunca ☐

D.3. Me siento alegre:

0) Nunca ☐ 1) Muy pocas veces ☐ 2) En algunas ocasiones ☐ 3) Gran parte del día ☐

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajado/a:

0) Siempre ☐ 1) A menudo ☐ 2) A veces ☐ 3) Nunca ☐

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3) Gran parte del día ☐ 2) A menudo ☐ 1) A veces ☐ 0) Nunca ☐

A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

0) Nunca ☐ 1) Sólo en algunas ocasiones ☐ 2) A menudo ☐ 3) Muy a menudo ☐

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3) Completamente ☐ 2) No me cuido como debería hacerlo ☐
1) Es posible que no me cuido como debiera ☐ 0) Me cuido como siempre lo he hecho ☐

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3) Realmente mucho ☐ 2) Bastante ☐ 1) No mucho ☐ 0) En absoluto ☐

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0) Como siempre ☐ 1) Algo menos que antes ☐ 2) Mucho menos que antes ☐ 3) En absoluto ☐

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3) Muy a menudo ☐ 2) Con cierta frecuencia ☐ 1) Raramente ☐ 0) Nunca ☐

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0) A menudo ☐ 1) Algunas veces ☐ 2) Pocas veces ☐ 3) Casi nunca ☐

ANEXO 3

Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD-R)

Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico	Totalmente en desacuerdo	Más en desacuerdo que de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más de acuerdo que en desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Religión					
1. Rezo para que mis dolores desaparezcan					
2. Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema.					
3. Rezo para curarme					
4. Utilizo la fe para aliviar mis dolores					
5. Pido a Dios que me alivie de mis dolores					
Catarsis (Búsqueda de Apoyo Social Emocional)					
6. Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo					
7. Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor					
8. Cuento a la gente la situación porque ello me ayuda a encontrar soluciones					
9. Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor					
10. Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor					
Distracción					
11. Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras					
12. Busco algo en qué pensar para distraerme					
13. Ignoro el dolor pensando en otra cosa					
14. Intento recrear mentalmente un paisaje					
15. Cuando tengo dolor pienso en otra cosa					
16. Cuando tengo dolor me esfuerzo en distraerme con algún pasatiempo					

Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico	Totalmente en desacuerdo	Más en desacuerdo que de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más de acuerdo que en desacuerdo	Totalmente de acuerdo
Autocontrol Mental					
17. Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor					
18. Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca					
19. Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo					
20. Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente					
21. Trato de dejar la mente en blanco					
Autoafirmación					
22. Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer					
23. Me doy ánimos para aguantar el dolor					
24. Me digo a mi mismo que tengo que ser fuerte					
25. Cuando tengo dolor no me rindo, peleo					
26. Aunque me duele me contengo y procuro que no se me note					
Búsqueda de Información (Búsqueda de Apoyo Social Instrumental)					
27. Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor					
28. Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación					
29. Hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente					
30. Intento saber más sobre mi dolor para así poder hacerle frente					
31. Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor					